

様式第1号（第5条関係）

明和町国民健康保険・後期高齢者医療被保険者  
人間ドック等検診費補助金交付申請書

年 月 日

明和町長

あて

申請者 住 所 明和町  
氏 名  
電話番号  
被保険者番号

人間ドック等検診費の補助を受けたいので、次のとおり申請します。なお、この申請に当たり、私の世帯の国民健康保険税又は私の後期高齢者医療保険料の収納状況について係員が公簿等により確認することに同意いたします。

検診の種類	1. 日帰り+特定保健指導等	2. 1泊2日+特定保健指導等	
	3. 日帰り+脳ドック+特定保健指導等	4. 脳ドック	
	※自己負担額		円
受診者氏名	(ふりがな)	性別	男性 ・ 女性
	(漢字)		
生年月日	T・S・H 年 月 日	年 齢	歳
検診日	令和 年 月 日～ 日	世帯主 氏名	
検診医療機関	所在地		
	名 称		
振込先	銀行	出張所	
	信金	支店	普通
	農協	支所	当座
	口座番号		
	口座名義人 (カナ)		

(役場確認欄)

被保険者確認	保険税(料)納付状況	基本健診受診有無	確認者
証 ・ 端末	完納 ・ 未納	有 ・ 無	