

予防健診費補助金交付申請書

年 月 日

小鹿野町長 様

申請者氏名



次のとおり予防健診費補助金の交付を受けたいので申請します。

1 受診者

氏名			
住所	小鹿野町	番地	
生年月日	年	月	日
年齢	歳	性別	男・女
住民となった日	年	月	日
健診機関	国保町立小鹿野中央病院		
受診希望日等	月	日頃	同時受診希望(乳がん・子宮頸がん)

2 加入している医療保険

保険の名称		記号・番号	
被保険者名		本人・被扶養者の別	本人・被扶養者
事務所名及び所在地			
保険者の主たる事務所の所在地			

3 社会保険各法の被保険者で健診費補助制度がない場合等の証明

この申請者については、1 補助制度がない。
 2 補助金額は、次のとおりである。(円)
 年 月 日
 医療保険組合等の長又は所属長
 職・氏名

印

4 生活保護法による保護該当者又はこれに準ずる者である場合、生活保護受給証等の証明書類を提示

原本の提示をお願いします。 生活保護受給証の写し(コピー)をいただきます。	職員確認欄
--	-------

5 補助金交付額

総合健診補助対象事項	1 国民健康保険被保険者 2 後期高齢者医療被保険者 3 社会保険被保険者 4 生活保護該当者又はそれに準ずる者
補助金額	円

利用券番号	
-------	--