

様式第1号（第6条関係）

桶川市後期高齢者医療制度人間ドック・脳ドック検診費補助金交付申請書（事後申請用）

受診者	被保険者番号		氏名		
	住所	桶川市			
	電話番号	()	生年月日	年	月 日(歳)
検診の種別	人間ドック	脳ドック	検診機関名		
検診日	年	月	日	検診料(領収書の金額)	円

上記のとおり、関係書類を添えて、補助金の交付を申請します。

なお、桶川市が実施する健康診査・がん検診の対象となった場合、提出した検診結果を桶川市に提供することに同意します。

令和 年 月 日

桶川市長

申請者氏名

※領収書に「人間ドック」または「脳ドック」の記載がない場合は、補助対象外となります。

《 事務処理欄 》

資格あり

保険料滞納なし

検診結果(写)

領収書(写)