様式第１号（第４条関係）

長寿（後期高齢者）医療制度

人間ドック等検診助成金支給申請書

住　　所	いちき串木野市		
受診者氏名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年　月　日	連絡先	
保険証番号			
ドックの種類	人間ドック（ １日 ・ ２日 ）・ 脳ドック・ がんドック		
受 診 日	年　月　日 ～　月　日		
医療機関等の	名 称		
名称及び所在地	所在地		
受 診 費 用	別紙領収書のとおり	添付書類	領 収 書 検査結果書（写し可）

年　月　日

申請者（被保険者）

住　所　いちき串木野市

氏　名

支 給 決 定 伺						
課 長	補 佐	主 幹	係 長	係	支給決定額	受付印
					円	