

第1号様式（第5条関係）

後期高齢者医療制度人間ドック・脳ドック検査料助成金申請書

被保険者番号					
人間ドック・脳ドックの受診者 (被保険者)	住所				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	歳
医療機関等	検査期間及び区分	年	月	日から	入院
		年	月	日まで	日間 入院外
	所在地				
	名称				
	検査料(税込)				円
(人間ドック又は脳ドックの領収金額を記載し、領収書を添付してください。)					

次の金融機関へ振り込んでください。

銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店	口座番号	
		フリガナ	
		普通・当座	口座名義人
上記のとおり申請します。			
年 月 日 千			
住所			
氏名			
電話			
F A X			
草加市長		宛て	

検査日当日の資格等チェック欄

受付番号	第	号	申 請 日	資格	後期高齢者保険料
検査料		円		有	完 納
支給決定額		円		無	未 納