

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	被保険者番号 (8桁)			
人間ドック・脳ドックの受診者 (被保険者)	住所	草加市高砂1-1-1		
	氏名	草加 太郎		
	生年月日	昭和19年 12月 1日	77歳	
医療機関等	検査期間 及び区分	令和3年 12月 15日から	1日間	入院 入院外
	所在地	草加市高砂1-11-111		
	名称	草加高砂病院		
	検査料 (税込)	領収書の金額 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。

〇〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	〇〇 支店	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
		普通 当座	フリガナ ソウカ タロウ
		口座名義人	草加 太郎
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和4年 1月 5日 〒340-0015</p> <p>住所 草加市高砂1-1-1</p> <p>氏名 草加 太郎</p> <p>電話 048-922-1367</p> <p>FAX 048-922-3178</p> <p>草加市長 宛て</p>			

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