

別記様式（第5条関係）

白馬村後期高齢者医療人間ドック等受診補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

白馬村長 宛

申請者 住所 白馬村大字 城 番地  
氏名 印  
電話番号

下記のとおり人間ドック等受診補助金の交付を願いたく申請します。

受診者氏名	
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日
被保険者番号	
補助事業の目的	病気の早期発見及び健康の保持促進を図るため
補助金交付を必要とする理由	人間ドック等受診費用負担軽減のため
人間ドック等受診日	年 月 日
補助金交付申請額	円 ※受診費用の3分の2(千円未満切捨)で上限1万8千円

口座振込希望金融機関		銀行 信用金庫 農協		支所 支店
預金種類	普通 ・ 当座 ・ その他 ( )			
口座番号				
ふりがな				
口座名義				
(委任状) なお支給される人間ドック等受診補助金の受領については、上記口座に委任します。				
被保険者氏名 印				
※被保険者以外の名義の口座に振り込みをご希望の場合のみご記入ください。				

※該当する□にチェックしてください。

人間ドック受診日から1年以内の申請です。

人間ドック受診日における年度において、村で実施する後期高齢者健診は受診しません。