

白馬村国民健康保険 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)

世帯主氏名 ㊟  
 住 所 白馬村大字 城 番地  
 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	年 月 日				
保険証記号・番号	白馬				
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	種 別 (いずれかに○)		補 助 額 (千円未満切捨て)	補助率等	
	A	通常ドック等	円	受診費用の3分の2 上限2万円	
	B	脳ドック	(イ)	円	受診費用の3分の2 上限1万円
		※ 以下、本年度中に「A 通常ドック等」受診による補助金を受けた方のみ記入 [ 有・無 ]			
		受診費用		円	補助金交付年月日
		交付を受けた補助金額	(ロ)	円	年 月 日
		A+Bの受診総費用から算定した補助金額	(ハ)	円	受診総費用の3分の2 上限3万円
	(イ)+(ロ)と(ハ)を比較し、高い方の額	(ニ)	円		
差引申請額		円	(ニ)-(ロ)		
C	A・Bを同時受診(同時申請)		円	受診費用の3分の2 上限3万円	

- \* 「A 通常ドック等」とは、特定健診の必須検査項目を満たした人間ドック、健康診断等をいいます。
- \* 「B 脳ドック」とは、検査項目に頭部MRI撮影及び頭部MRA撮影が含まれるものをいいます。
- \* 原則として補助金の申請は、1年度あたり1回限りですが、特定健診の必須検査項目を満たした人間ドック、健康診断等を受診していることを条件に、「B 脳ドック」の追加申請を行うことができます。

補助金の振込先金融機関		種別	口座番号
銀行	支店	普通	口座名義(フリガナ)
信用金庫			
農協	支所		

(委任状) なお支給される人間ドック等補助金の受領については、上記口座に委任します。

世帯主氏名 ㊟

\* 世帯主以外の口座名義に振り込みを希望する場合のみ記入してください。

- ※以下の項目を確認し口にチェックしてください。
- 住民基本台帳及び村税・上下水道料金等の収納状況を確認することについて同意します。  
(A・Cの申請の方のみ記入)
  - 人間ドック等受診日の属する年度において、村で実施する特定健診は受診しません。  
(Bの申請の方のみ記入)
  - 特定健診の必須検査項目を満たした人間ドック、健康診断等を既に受診しています。