

補助金	検診費用額 ①	保険者負担額 ①×2/3 限度 50,000円 ②	被保険者負担額 ①-②	補助金支給決定額 ②
算定基礎				

別記様式第1号

成人病検診(人間ドック・脳ドック)費 補助金交付請求書				
被保険者証 の記号番号		受診者氏名		世帯主と の続柄
受診 年月日	平成 年月日	から 年月日	区分	1日検診・1泊2日検診・その他
受診した医療機関 名及び医師の氏名	TEL (印)			
検診に要した費用 (消費税は除 く)	① 人間ドック		円	
	② 脳ドック		円	
	③ その他 (オプション) 内容			
支 方 払 法	銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支	口座名義(カタカナ) 口座種類 普通・当座 口座番号	現 金
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 岩舟町大字 番地</p> <p style="text-align: right;">世帯主氏名 (印)</p> <p>岩舟町長 茂呂 幸司 様</p>				

- ★ 太線内は医療機関において記入してもらってください。
- ★ 領収書と印鑑を持参のうえ提出してください。
- ★ 人間ドック、脳ドック両方受けた方は、どちらか一方のみの補助となります。
- ★ オプションで受けた費用については、補助対象外です。