

様式第 1 号（第 5 条関係）

松川町国民健康保険人間ドック補助金交付申請書

年 月 日

（申請先）松川町長

申請者（受診者） 住 所

氏 名
(生年月日 昭和 年 月 日)

連絡先（電話）

松川町国民健康保険人間ドック補助金交付要綱第 5 条の規定により、松川町国民健康保険人間ドック補助金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、交付決定にあたり私の国民健康保険税に係る資料及び、町に係る各種税、公共料金の資料を閲覧することに同意します。

記

1 実施日 年 月 日

2 実施健診機関または医療機関名

3 交付申請額

人間ドック費用(A)	他補助額(B)	補助対象額(A-B)	補助申請額	町補助額(町記入)
円	円	円	費用の 1/2 上限 10,000 円	円
重複受診確認	同じ年度内(4 月 1 日～3 月 31 日まで)に補助が受けられるのは人間ドック・特定健診のどちらか 1 回のみです。重複受診した場合は全額自己負担となります。 ☐ 上記について確認しました			

上記補助金を下記の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本店 支店 支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

(添付書類) 人間ドック領収書(写)及び健診結果(写) マイナ保険証でない方は資格確認書