

人間ドック等検査費用助成制度証明書

年 月 日

(提出先) 青木村長

保険者又は事業所

名 称

印

電話番号

担当者名

次の人間ドック等検査受診者に係る助成金の交付状況について、下記のとおりであることを証明します。

住 所	青木村大字		日中連絡がとれる連絡先	
フリガナ			生年月日 (年齢)	印
氏 名			昭和 年 月 日 ( 歳)	
受診病院名				
受診年月日	令和 年 月 日			
人間ドックの種類	一泊二日人間ドック	日帰り人間ドック	脳ドック	

記

1, 人間ドック・脳ドック検査費用助成制度の有無について (該当番号に○)

- ① 有
- ② 無

※「有」の場合は、以下についてもご記入ください。

2, 助成金の申請方法について (該当番号に○)

- ① 事前申請
- ② 受診後申請
- ③ その他 ( )

3, 助成対象の可否について (該当番号に○)

- ① 対象 (対象であり、既に助成済)
- ② 対象 (対象であり、今後申請があれば助成可能)
- ③ 対象外 (理由: )

4, 助成金額 円 (備考 )