記入例

人間ドック等検査費用助成制度証明書

提出日　　年　　月　　日

（提出先）青木村長

保険者又は事業所　　名　　称　　〇〇〇〇健康保険組合　㊞

健康保険組合之印 〇〇〇〇

電話番号　　０２６８-４９-０１１１

担当者名　　青木　　太郎

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。

下記太枠内は、受診者が記入してください

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）	
氏　　名		昭和　　年　　月　　日 平成　　（　　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

ここからは、保険者又は事業所が記入してください

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（該当番号に〇）

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（該当番号に〇）

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（該当番号に〇）

今回の人間ドック等の受診について、助成対象になるか記入してください

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：例）対象年齢外のため、指定病院で受診していないため　等

4，助成金額　　円　（備考　　）

助成対象になる場合は、助成金額を記入してください
注）特定健診分に対する助成がある場合はその助成金額も含めてください