第１号様式（第３条関係）

記入例

神奈川県後期高齢者医療広域連合住所地特例者
健康診査助成金支給申請書

令和〇年〇月〇日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長　宛

申請者の住所、氏名、電話番号を記載してください。

申請者　住所　〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地
氏名　広域　太郎
電話番号　〇〇〇－△△△△－××××

神奈川県後期高齢者医療広域連合住所地特例者健康診査助成金の支給を受けたいので、神奈川県後期高齢者医療広域連合住所地特例者健康診査助成金交付要綱第４条の規定により、下表のとおり申請します。

ふりがな	こういき　たろう	被保険者番号	１２３４５６７８
氏名	広域　太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日
住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地 電話番号　〇〇〇－△△△△－××××		
入居している施設の名称	〇〇〇〇〇館		
健康診査を受診した医療機関	名称	〇〇〇病院	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	
受診年月日	令和〇年〇月〇日		
健康診査に要した費用	５，０００　円		

※添付書類
- **健診結果に係る記録の写し**
- **医療機関に支払った健診費用の領収書の写し**

医療機関で支払った全額を記載してください。