第１号様式（第３条関係）

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申請書

令和　　年　　月　　日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長　宛

住所
申請者　氏名
電話番号

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交付を受けたいので、神奈川県後期高齢者医療広域連合補助金等の交付に関する規則第３条及び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、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>被保険者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">〒　　－

電話番号　　－　　－</td></tr>
<tr><td>入居している
施設の名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">健康診査を受診
した医療機関</td><td>名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>受診年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>健康診査に
要した費用</td><td colspan="4">円</td></tr>
</table>

※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