

年 月 日

神奈川県住所地特例者健康診査助成金支給申請書

神奈川県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 住所
氏名
電話番号

神奈川県住所地特例者健康診査助成金（以下、「助成金」という。）の支給を受けたいので、助成金要綱第4条の規定により、下表のとおり申請します。

ふりがな		被保険者番号	
氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 — 電話番号 — —		
入居している 施設の名称			
健康診査を受診 した医療機関	名称		
	所在地		
受診年月日	年 月 日		
健康診査に 要した費用	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