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　　㊞

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）		㊞
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	

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　　）