様式第３号（交付要綱第６条）

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。

<table>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2">青木村大字</td><td>日中連絡がとれる連絡先</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">生年月日（年齢）</td><td rowspan="2">㊞</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">昭和　　年　　月　　日
平成　　（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">受診病院名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受診年月日</td><td colspan="4">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">人間ドックの種類</td><td>一泊二日人間ドック</td><td>日帰り人間ドック</td><td colspan="2">脳ドック</td></tr>
</table>

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　　）