

記入見本(申請書) ※赤字の箇所をご記入ください。

様式第1号(第6条関係)

笠岡市人間ドック受診者補助金交付申請書

年 月 日

笠 岡 市 長 殿

申請者 住 所 笠岡市中央町1-1

氏 名 笠岡 太郎

連絡先 69-2101

笠岡市人間ドック受診者補助金交付要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

加入医療保険	笠岡市国民健康保険 ・ 後期高齢者医療保険
被保険者記号番号	岡 5 0 1 2 3 4 5 6
受診した被保険者名 生年月日	氏 名 笠岡 太郎 生年月日 昭和 〇年 〇月 〇日生
受診医療機関	名 称 岡山病院 住 所 岡山市〇区△町1丁目1-1 岡山県内の医療機関 に限ります。
受診費用	46,090 円 記入する金額について は、次ページをご参考 ください。
受診年月日	令和〇年 〇月 〇日

※申請時に必要なもの

- ・ 加入医療保険の確認ができるもの(保険証等)
- ・ 人間ドックの受診に要した費用を明示した領収書
- ・ 人間ドックの健診結果表

記載誤りがあった場合、氏名の横に押印ください。
間違った部分を二重線で取り消し、その上に訂正印を
押してから、近くに正しいものをご記載ください。

参考：「受診費用」に記入する金額について

健診料金請求書 兼 領収書

発行日 2024 年 4 月 1 日

様

請求金額 53,240円
(税込)

岡山病院
岡山市〇区△町 1 丁目 1 - 1

上記のとおり請求いたします
2024/4/1 分

明細	金額
日帰りドック	46,090
腫瘍マーカー4セット料金	7,150

ドック本体の金額(税込)を、申請書の
受診費用に記載してください。

その他オプションは、申請に含まれ
ません。

領收印

岡山病院

領収印の無いものは無効です