（様式第１号）

※決裁	区分		課長	主任	課員
	丁				

国民健康保険人間ドック補助金交付申請書兼請求書

人間ドック受検者	氏名		性別	男・女
	生年月日	年　月　日　満　歳	世帯主との続柄	

受検医療機関	所在地	
	名称	
	受検年月日	年　月　日

費用額	円	補助金申請金額	円	補助金決定金額	※ 円

補助金交付方法	振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	預金種目	１．普通 ２．当座 ３．その他	口座番号
口座窓口払		支店 本店 出張所	口座名義人 （ﾌﾘｶﾞﾅ）		添付書類 １．受検を証する書類 ２．領収書

確認欄	□　受診結果について、当町の保健事業に活用することを同意します。

上記のとおり申請いたします。

年　月　日

申請者　住所　中井町

氏名

電話　（　　）

中井町長　様

※確認年月日	年　月　日			処理欄
	領収書等確認　㊞			
被保険者番号	―	枝番		

※印欄は、記入しないで下さい。