

人間ドック助成金請求書

令和 年 月 日

神河町長 様

申請者	住 所	神河町
	氏 名	_____ (印)
	生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)
	個人番号	_____
	連絡先	_____

記

下記医療機関で人間ドックによる健康診査を受けたので、神河町国民健康保険人間ドック事業助成要綱第8条第3項の規定により助成金を請求します。

請 求 金 額 金 20,350 円

健康診査年月日 令和 年 月 日

医 療 機 関 名 _____

振 込 先 等

金融機関名等	銀行 信用 (金庫・組合) 農協							支 店 出張所 支 所
種 別 ・ 口 座	普 通 当 座	口座番号						
フリガナ	-----							
口座名義人	-----							

* 注意 添付書類：検査結果及び検査機関の領収書の写しを添付してください。

本人確認/窓口で手続きをされた方 ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書等 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------------------	---