

(国民健康保険被保険者用)

人間ドック等受診費助成金交付請求書

被保険者証 記号・番号	日置						
受診者	氏 名		世帯主と の続柄				
	生年月日	年 月 日	年 齢 (年度末)	歳			
受診した医 療機関等	名 称						
	所 在 地						
人間ドック 等の種類等	種 類	☐ 人間ドック ☐ 脳ドック ☐ 節目ドック (☐ 人間ドック ☐ 脳ドック ☐ がんドック)					
	受 診 日	年 月 日					
振込先金融 機関名	銀行・金庫・信組・農協・漁協・信漁連 その他 ()						
	本店・支店・本所・支所・出張所 本店営業部・その他 () ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入						
預金種別	普通・当座 その他 ()	口座番号					
フリガナ							
口座名義人							
上記のとおり人間ドック等を受診したので、検査結果書、領収書及び特定健康診査情報提供票を添えて助成金の交付を請求します。 令和 年 月 日 請求者（世帯主） 住 所 _____ 氏 名 _____ (印) 電 話 _____ 日置市長 様							

健康保険課記入欄	円(消費税抜き)	領収書確認
助成対象支払金額	円	
助成金交付額		

