

交野市国民健康保険 補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

交野市長 あて

申請者 住所 \_\_\_\_\_

(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_

電話番号(自宅) \_\_\_\_\_

(携帯) \_\_\_\_\_

交野市国民健康保険（ 人間ドック・ がん検診・ 脳ドック）補助金交付要綱に基づき、補助金の交付を申請及び請求します。

被保険者証 記号番号	交国	受診者氏名 (世帯主との続柄)	( )			
生年月日	年 月 日					
振込先  <b>(※必ず 国民健康保険 世帯主名義)</b>	金融機関	銀行・農協・信用金庫				
	店名	本店・支店				
	店番					
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	口座番号					
	フリガナ					
	口座名義					
人間ドック (がん検診)	受診日	年 月 日	受診機関名			
脳ドック		年 月 日				
検査費用	人間ドック	円	人間ドック (上限 13,000 円)	円	合計請求額	円
	がん検診	円	がん検診 (1 検査 500 円)	円		
	脳ドック	円	脳ドック (上限 15,000 円)	円		

\*領収書、検査結果コピー及び特定健診受診券（人間ドック申請のみ）を添付してください。

これより下は記入しないでください

申請時確認	<input type="checkbox"/> 受診時国保資格有 <input type="checkbox"/> 同一年度内受診・助成なし <input type="checkbox"/> 収納状況 <input type="checkbox"/> 受領書の発行 <input type="checkbox"/> 領収書原本への受付印（人間ドック・がん検診・脳ドック）	
添付書類	人間ドック	<input type="checkbox"/> 特定健診受診券（裏面記入） <input type="checkbox"/> 領収書コピー <input type="checkbox"/> 健診結果コピー
	がん検診	<input type="checkbox"/> 領収書コピー <input type="checkbox"/> 検査結果コピー
	脳ドック	<input type="checkbox"/> 領収書コピー <input type="checkbox"/> 検査結果コピー