

交野市国民健康保険（人間ドック・脳ドック）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・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 (国民健康保 険世帯主との 続柄)	( )			
生年月日	年	月	日				
振込先 <b>※必ず</b> 国民健康保険 世帯主名義	金融機関名	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	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	請求額	人間ドック (上限 20,000 円)	円	合計請求額	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・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	
	脳ドック	<input type="checkbox"/> 領収書コピー <input type="checkbox"/> 検査結果コピー	