

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

交野市長 へ

必ず国民健康保険被保険者の世帯主名を記入

月 日

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。

人間ドックを受けた方の生年月日		受診者氏名 (国民健康保険世帯主との続柄)		人間ドックを受けた方の名前		
生年月日	年 月 日			( )		
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		□普通 □当座 □その他 ( )				
口座番号						
フリガナ						
口座名義		必ず世帯主名義				
人間ドック	受診日	年 月 日	受診機関名			
脳ドック	受診日	年 月 日	受診機関名			
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
	脳ドック	円		脳ドック (上限 15,000 円)	円	

領収書に記載されている人間ドック・脳ドック受診費用 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	