

交野市国民健康保険人間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 _____

交野市国民健康保険人間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 ー	受診者氏名 (世帯主との続柄)	()	
生年月日	年 月 日	健診受診日	年 月 日	
受診機関名				
振込先 ※必ず世帯主名義	金融機関名	銀 行 農 協 信用金庫		
	金融機関コード			
	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			
人間ドックに 要した費用	円	請求額	円	

----- これより下は記入しないでください -----

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