

様式第2号

中之条町国民健康保険人間ドック検診費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

中之条町長 様

《申請者》 住 所 中之条町大字

氏 名

電話番号

中之条町国民健康保険人間ドック検診費の助成金を次のとおり申請し、及び請求します。

請求金額 円

保険証番号	中一			
受診者1	氏名		保険証枝番号	
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
	検診機関			
	検診日	年 月 日		
	検診内容	日帰り・1泊2日・その他ドック ※特定健診の検査項目を満たしていること		
受診者2	氏名		保険証枝番号	
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
	検診機関			
	検診日	年 月 日		
	検診内容	日帰り・1泊2日・その他ドック ※特定健診の検査項目を満たしていること		
振込先 金融機関名	銀行・信金 組合・農協	口座番号	普 当	
	支店 ()	フリガナ 口座名義人		

◆添付書類：検診結果・領収書・質問票