

八街市長 北村 新司 様

申請者 住 所 八街市
(受検者)

氏 名 印

生年月日 年 月 日

性 別 男 ・ 女

電話番号 - -

八街市人間ドック等助成金交付請求書

下記のとおり人間ドック等助成金について、八街市国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱第8条の規定により請求します。

記

被保険者番号	記号		番号		
助 成 区 分	1. 人間ドック 2. 脳ドック 3. 脳ドック併用人間ドック				
受 検 日	年 月 日				
助成金(請求)の額	円				
振 込 先	金融機関名	コード		預金種別	1 普通 ・ 2 当座
	支店名	コード			
	口座番号				
	フリガナ				
	名義				
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・人間ドック等検査報告書 ・人間ドック等の領収書 ・人間ドック等助成利用承認書 				