

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	56	番号		枝番	
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	令和 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	・人間ドック等検査報告書(写し) ・質問票 ・人間ドック等の領収書(写し) ・人間ドック等助成利用承認書					

注) 振込口座は、受検されたご本人様のものをご記入ください。
ご本人様以外の口座への振込を希望の場合は、裏面の委任状を記入し、上記「振込先」欄に代理者の口座を記入してください。