

別記様式第1号（第5条関係）

板倉町国民健康保険被保険者人間ドック及び脳ドック検診費助成金交付申請書

年 月 日

板倉町長 あて

申請者 住所

氏名 印

電話

検診費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。なお、この申請に伴い、助成額決定事務等で必要がある場合は、担当職員が当該医療機関等へ内容紹介することを承諾いたします。

助成申請額合計 _____ 円

※一人当たりの支払った検診費と下記の助成金額を比較して、いずれか少ない金額の合計を記入してください。

日帰り：15,000円 一泊：20,000円 脳ドック：15,000円

保険証記号番号	板倉
---------	----

受診者 1	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日 生	年齢	歳
	検診日	年 月 日	検診内容	日帰り・一泊・脳ドック
	検診費	円 ※消費税含む		
	医療機関名			

受診者 2	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日 生	年齢	歳
	検診日	年 月 日	検診内容	日帰り・一泊・脳ドック
	検診費	円 ※消費税含む		
	医療機関名			

振込先金融機関名			
金融機関名	銀行 信用金庫 農協		支店 支所
口座種類	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

添付書類：検診費領収書