

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  
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照会することを承諾いたします。

助成申請額 \_\_\_\_\_ 円

同一年度内に実施される特定健康診査を受診しておらず、受診予定もありません。

被 保 険 者 番 号			
住 所			
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 の 種 類	<input type="checkbox"/> 日帰り・一泊人間ドック <input type="checkbox"/> 日帰り・一泊人間ドック（脳ドック併診） <input type="checkbox"/> 脳ドック（基本的な健診の項目を含む）		
検 診 医 療 機 関 名			
検 診 費	円 ※消費税を含む		
振 込 先 口 座			
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			