

野木町国民健康保険人間ドック等検査費用補助金交付申請書兼請求書

被保険者証 の記号番号			受診者名				
			個人番号				
			生年月日	年	月	日	
検査区分	該当する項目に☑を付けてください。						
	種別	<input type="checkbox"/> 人間ドック検査 <input type="checkbox"/> 脳ドック検査 <input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック併用検査		内容	<input type="checkbox"/> 1日検診 <input type="checkbox"/> 1泊2日検診 <input type="checkbox"/> （ 泊 日検診）		
受診日	年 月 日から		年 月 日まで				
受診医療機関名			検査費用	円			
交付申請額 兼請求額	円						
上記のとおり申請及び請求します。 野木町長 様  年 月 日 請求者 住 所 野木町大字 氏 名 印 電話番号 ( )							

※添付書類 領収書及び検査結果表

振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 農協 支店
	預金の種類	普通 当座
	口座番号	
	ふりがな 口座名義	

※この欄は記入しないで下さい。

補助金 算定基礎	検査費用 ①	保険者負担額 ②	被保険者負担額 ①-②	交付決定額 ②	
決 裁	課長	補佐・係長	係	受付	年 月 日
				伺い	年 月 日
				決定	年 月 日
				支給	年 月 日