

様式第5号(第10条第2項)

年 月 日

四街道市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

四街道市短期人間ドック助成金償還払申請書兼請求書

下記のとおり短期人間ドック助成金について、四街道市国民健康保険短期人間ドック助成事業実施要綱第10条第2項の規定により申請し、請求します。

記

医 療 機 関 名			
受 検 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日		
受 検 費 用	円 (A)		
助 成 金 申 請 額	金 _____ 円 (A×7／10(100円未満切捨て)※上限25,000円)		
被保険者の記号番号			
金 融 機 関 名		本・支店(所)	
預 金 の 種 類	普通・当座	口 座 番 号	
(フ リ ガ ナ)			
口 座 名 義 人			
添 付 書 類	(1) 短期人間ドック検査報告書 (2) 四街道市短期人間ドック受検承認書(様式第2号) (3) 四街道市短期人間ドック助成事業問診票 (4) 短期人間ドックの領収書		