

様式第1号（第5条関係）

人間ドック検査料補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）三芳町長

申請者 住 所

（受検者）氏 名

電話番号

印

下記のとおり検査料補助金の交付を受けたいので、三芳町国民健康保険人間ドック検査料補助要綱第5条の規定により、検査結果を報告し保健指導に活用することに同意した上で申請します。

被保険者番号		国保	記号	番号
受 検 者	住 所	三芳町 <small>（申請者と同じであれば記入不要）</small>		
	フリガナ		生年 月日	年 月 日生
	氏 名			
受検予定日		年 月 日	種別	人間ドック・脳ドック
医療機関名		<input type="checkbox"/> 所沢市市民医療センター（ オプション 有 ・ 無 ） <input type="checkbox"/> イムス三芳総合病院 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

上記医療機関が「その他」の場合、補助金振込先を下記に記入

振 込 先 口 座	金融機関	銀行 農協 信用金庫	本店 支店				普通 当座			
	フリガナ		口座 番号							
	名 義									

※受検時の領収書・結果表のコピーを添付してください。

※補助金額に関しては、三芳町国民健康保険人間ドック検査料補助要綱第7条の規定により、決定します。