

下諏訪町国民健康保険人間ドック補助金交付申請書

年 月 日

下諏訪町長 様

申請者(世帯主)： 住 所 下諏訪町 番地

氏 名

電話番号

ドック受診者： 氏 名

生年月日 昭・平 年 月 日

人間ドック補助金を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 交付申請額 円

- 2 提出書類 (1) 補助金交付申請書
(2) ドック受診料の領収書

3 内 容 ドック受診結果 (有 ・ 無)

人 間 ド ッ ク		日帰り受診 ・ 1泊受診	
脳 ド ッ ク		脳ドック ・ 人間ドックのオプション	
受 診 日	年 月 日 ～ 年 月 日		
受診医療機関名			
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	しもすわ		

4 振込口座

金 融 機 関 名		銀 行 信用金庫 信用組合 農協・その他		本 店 支 店 支 所
口 座 番 号		普 通 ・ 当 座	番 号	
口座名義人	ふりがな			
	氏 名			