

年 月 日

四街道市長 様

住 所 四街道市
 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 ($A \times 7 / 10$ (100円未満切捨て) ※上限25,000円)		
被保険者証の記号番号	54-		
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(写) (2) 四街道市短期人間ドック受検承認書(様式第2号) (3) 短期人間ドックの領収書(写) (4) 四街道市人間ドック事業問診票		