

第2号様式(第7条関係)

大多喜町国民健康保険人間ドック利用給付申請書

|                                                                                                                           |                                                   |        |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------|---|
| 被保険者証の記号番号                                                                                                                | 9 0 -                                             |        |   |
| 資 格 取 得 年 月 日                                                                                                             | 令和・平成      年      月      日                        |        |   |
| 資 格 の 種 別                                                                                                                 | 一般・退職者(本人・扶養)                                     |        |   |
| 利 用 者 氏 名                                                                                                                 | 男・女                                               |        |   |
| 生      年      月      日                                                                                                    | 平成・昭和      年      月      日(満      歳)              |        |   |
| 世 帯 主 と の 続 柄                                                                                                             |                                                   |        |   |
| 検 査 年 月 日                                                                                                                 | 令和      年      月      日                           |        |   |
| 検 査 医 療 機 関 名                                                                                                             |                                                   |        |   |
| 検 査 種 別                                                                                                                   | 1   短期人間ドック<br>2   脳ドック<br>3   短期人間ドックと脳ドックを同時に受診 |        |   |
| 検 査 費 用 額                                                                                                                 | 円                                                 | 補助金申請額 | 円 |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和      年      月      日</p> <p>住   所   大多喜町</p> <p>世帯主   氏   名</p> <p>大多喜町長                  様</p> |                                                   |        |   |

注   申請書には、検査医療機関の発行した領収書と検査明細書を添付してください。

支払方法・口座振替

| 金融機関名 |          |  |    | 普<br>・<br>当 | 口座番号 |
|-------|----------|--|----|-------------|------|
|       | 銀      行 |  | 本店 |             |      |
|       | 信用金庫     |  | 支店 |             |      |
|       | 信用組合     |  | 支所 |             |      |
|       | 協同組合     |  |    |             |      |
| フリガナ  |          |  |    |             |      |
| 口座名義人 |          |  |    |             |      |