

滑川町国民健康保険人間ドック補助金申請書兼請求書
(その他の医療機関)

課長	副課長	主席主幹	主査	(受付)

記 号 番 号		滑 国 一	世帯主	
受診者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	電話番号	()
請 求 金 額		2 0 , 0 0 0 円		
健 診 機 関 名				
検 査 料		円		
実 施 年 月 日		令 和 年 月 日		

《注意事項》
1. 「領収書」、「健診結果表」を必ずご持参ください。(コピーさせていただき原本はお返しします。)
2. 提出していただいた健診結果表は、保健事業等の該当者を抽出するために使用しますのでご了承ください。
3. 健診結果表については、町の保健及び特定健診担当部署にて管理、保管し法的な根拠等がない限り他の部署へ供出することはありません。

上記の通り請求します。

(宛先)
滑川町長

令 和 年 月 日
申請者 住 所 滑川町
氏 名

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協
	支店名	支店
	口座番号	普通 ・ 当座
	ふりがな	
	名義人	