

様式第5号（第10条関係）

人間ドック等費用助成金申込書兼請求書

年 月 日

（宛先）大東市長

（申込者兼請求者）住 所
氏 名
電話番号

大東市国民健康保険人間ドック等助成金の交付について、次のとおりの大東市国民健康保険人間ドック等助成金交付要綱第10条の規定により、申し込みます。
また、助成金の交付の決定を受けた場合は、当該助成金について請求します。

金額 _____ 円

人間ドック（20,000円） 脳ドック（20,000円）

受診者名				被保険者 記号番号	大国	
人間ドック	受診日	年 月 日	受診医療機関			
脳ドック	受診日	年 月 日	受診医療機関			
振込先	金融機関	銀行・農協・信用金庫				
	店 名	本店・支店				
	店 番					
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	口座番号					
	フリガナ					
	口座名義					

※領収書、検査結果コピー及び特定健診受診券（人間ドック申込みのみ）を添付してください。

以下は記入しないでください。

申込時確認	<input type="checkbox"/> 受診時国保資格有 <input type="checkbox"/> 同一年度内受診・助成なし <input type="checkbox"/> 収納状況 <input type="checkbox"/> 受領書の発行 <input type="checkbox"/> 領収書原本への受付印（人間ドック・脳ドック）		
添付書類	人間ドック	<input type="checkbox"/> 領収書コピー <input type="checkbox"/> 検診結果コピー <input type="checkbox"/> 特定健診受診券	
	脳ドック	<input type="checkbox"/> 領収書コピー <input type="checkbox"/> 検査結果コピー	