

第1号様式(第6条関係)

藤枝市国保・後期高齢者人間ドック補助金交付申請書兼請求書

被保険者番号			
住 所			
受診者氏名		性 別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
受診医療機関の 名称及び所在地			
受診年月日	令和	年	月 日
受 診 料	円	1. 日帰りコース	
自己負担額	円	2. 一泊二日コース	
支 給 額	円	3. 脳ドックコース	
振込口座先	銀行	預金種別	普通 ・ 当座
	信用金庫	口座番号	店番 口座番号
	農 協 () 支 店	口座名義人	フリガナ 氏名
委 任 欄	本請求に基づく金額の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名 印 代理人の 住所 氏名 印		

注)受診者と振込口座の名義人が異なる場合には委任欄へ記入してください(別々な印で押印)。

上記のとおり人間ドックの補助金の交付を受けたいので必要書類を添えて申請し、及び請求します。
なお、本申請にあたり、藤枝市国民健康保険等人間ドック受診費補助金交付要綱に基づき、
結果報告書等の複写の提出に同意します。

令和 年 月 日

藤 枝 市 長 様

受診者の 住 所

氏 名

電話番号

捨 印

印

