

様式第1号(第7条関係)

池田市国民健康保険人間ドック補助金交付申請書兼請求書

被保険者記号・番号		池 国		
受診者	氏 名		世帯主 との 続柄	
	生年月日	年	月	日 ( 歳)
検査年月日		年	月	日
検査機関名				
備 考		人間ドック受診年度に特定健診を 受診した/受診していない		
補助金申請額		円		

上記のとおり検査に要した費用の領収書及び受診結果を添えて申請します。

上記の人間ドック補助金については、次の金融機関へ口座振込にて支払われるよう請求します。

銀行名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	普通・当座	口座番号
支店名	支 店	フリガナ	
	出張所	口座名義 (世帯主)	

年 月 日

世帯主 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_  
※自署でない場合は、押印してください。

電話番号 \_\_\_\_\_

(宛先) 池 田 市 長