

様式第1号(第6条関係)

記入例

池田市国民健康保険脳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 000000			
受診者	氏 名	池田 花子		世帯主との続柄	妻
	生年月日	昭和00 年 00 月 00 日 (00 歳)			
検査年月日		令和00 年 00 月 00 日			
検査機関名		△△△△病院 健診センター			
備 考					
補助金申請額		空けておく			

申請額の欄は、記入せずに持参ください。



住民票上の世帯主ではなく、池田市国民健康保険の世帯主の口座情報を記入して下さい。

費用の領収書を添えて申請します。

または、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	00000000
支店名	△△△△	支 店	フリガナ	イケダ タロウ	
		出張所	口座名義 (世帯主)	池田 太郎	

令和00 年 00 月 00 日

世帯主の氏名を記入。

★この申請書に記入する「世帯主」は、すべて池田市国民健康保険の世帯主のことです。



世帯主 住 所 池田市城南1丁目1番1号

氏 名 池田 太郎
※自署でない場合は、押印してください。

電話番号 000-0000-0000

(宛先) 池 田 市 長