

別記様式(第4条関係)

年 月 日

本巢市長 様

申請者 住所 本巢市
氏名
電話 ー ー
世帯コード ー ー
国保記号番号

本巢市国民健康保険ドック健診費用助成申請書

ドック健診を受診しましたので、本巢市国民健康保険ドック健診費用の助成に関する要綱に基づき、健診結果の写し及び健診料の領収書を添えて助成金の申請をします。

1 健診状況

氏名	
生年月日	年 月 日
健診日	年 月 日
健診機関名	

2 助成金の振込先

金融機関名		本・支店名	
普通・当座	口座番号	フリガナ	
		口座名義人	

※ 助成金の額(この欄は記入しないでください。)

A 健診料 円
B 健診料の3分の1の額 円
C 上限額 11,000円
D 助成額 円

※ 領収書は、のり等で裏面に貼り付けてください。