

川南町国民健康保険人間ドック助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

川南町長 殿

住 所 川南町大字  
 申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

川南町国民健康保険人間ドック助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。  
 なお、交付決定の上は、交付申請額を請求します。

交付年度	令和 年度
経費所要総額	経 費 _____ 円
交付申請額	申請額 _____ 円
受診機関名	
実施年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
添付書類	(1) 経費の分かる領収書の写し (2) 人間ドックに係る健診結果報告書の写し (3) 預金通帳の写し

【同意書】

国民健康保険税を完納していることを確認するため、閲覧又は照会することに同意します。

この健診結果が健診事後指導や医学的統計に使用されることに同意します。

受診者氏名 (自署) \_\_\_\_\_

振込先	金融機関名					種別	普通当座
	ふりがな 口座名義		口座 番号				