

千代田町人間ドック等検診費助成金交付申請書

年 月 日

千代田町長 様

申請者 住 所 千代田町
氏 名
電 話



人間ドック検診費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、この助成金の申請にあたり、世帯全員の町税、国民健康保険税及び後期高齢者医療保険料の納付状況について、係員が公簿等により確認することに同意します。

保険者証記号番号			
住 所	千代田町		
氏 名		性 別	男・女
生 年 月 日	年 月 日生	年 齢	歳
検 診 日	年 月 日		
検 診 の 種 類	日帰りドック ・ 一泊ドック ・ 脳ドック		
検 診 医 療 機 関	所在地 名 称		
振 込 先			
金 融 機 関 名	銀 行 本 店 信用金庫 支 店 農 協 支 所		
口 座 種 類	普通 ・ 当座		
口 座 番 号			
フ リ ガ ナ			
口 座 名 義 人			

※役場確認欄

被保険者確認	保険税(料) 納付状況	特定健診(基本検診) 受診の有無	確認者氏名
被保険者証・端末	完納・未納	有・無	

