

様式第3号(第4条関係)

国民健康保険人間ドック検診費助成金交付申請書

令和 年 月 日

甲賀市長 あて

申請者 住 所 甲賀市
(世帯主)

氏 名 ⑩

甲賀市人間ドック検診費助成金交付要綱の規定により助成金の交付をされるよう申請します。

被 保 険 者 証 記 号 番 号	滋 甲		
検 査 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名 等	被 保 険 者 名		
	生 年 月 日	年	月 日
	性 別	男 ・ 女	年 齢
検 査 を 受 け た 医 療 機 関 等 の 名 称			
検 診 期 間	年 月 日 から		日 間
	年 月 日 まで		
※助成金交付申請額	円		
備 考	※ 受 付 番 号		

振 込 希 望 機 関 の 名 称	銀 行 ・ 農 協	支 店	口 座 種 別	普 通 当 座
	信 用 金 庫	支 所	口 座 番 号	
	信 用 組 合			
	ふ り が な			
	口 座 名 義 人			

※ 交付申請の際は、人間ドック検診受診に関する領収書及び検診結果を添付してください。

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、口座名義人に領収権を委任したものとみなします。

※ 助成金交付申請額及び受付番号欄の記入は必要ありません。