

茅野市国民健康保険人間ドック補助金交付申請書兼請求書

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先)茅野市長

申請者(受診者) 住 所 茅野市 塚原2丁目6-1

氏 名 茅野 太郎

生年月日 S〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請期間:受診日の翌日から1年間

給付回数:年度(4月から翌年3月)ごと1回

電話番号 〇〇-〇〇〇〇

人間ドック補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請し、及び請求します。

記

1 申請(請求)額 15,000 円

2 添付書類 領収書

3 内容

人間ドックの種類	1 1泊2日ドック	2 日帰りドック
受診日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
受診医療機関名	諏訪中央病院	
被保険者記号番号	茅 123456 号	
受診料	〇〇〇〇〇〇 円	

4 振込口座

金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人
銀行	〇〇 支店	普通 当座	フリガナ チノ タロウ
金庫		1234567	茅野 太郎
信用組合	支所		
農協			

(申請者と口座名義人が違う場合はこの欄に署名してください)
上記口座名義人への振込を了承します。 申請者氏名 印