

太枠内を記入し、必要書類を添えて申請してください

(宛先) 八潮市長

八潮市国民健康保険人間ドック・脳ドック補助金交付申請書

八潮市国民健康保険人間ドック・脳ドック補助金交付要綱第5条の規定により、補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

被保険者証 記号・番号	記号	番号	申請日			年	月	日
世帯主	住所	八潮市						
	氏名							
	生年月日	年	月	日	(歳)		
人間ドック・ 脳ドック 受診者	住所	八潮市						
	氏名							
	生年月日	年	月	日	(歳)		
検査事項	検査項目	人間ドック・脳ドック	検査期間					
	病院名							
	検査費用							

↓ 該当するものに○をつけてください

1. 血圧を下げる薬を飲んでいる (はい・いいえ)
 2. 血糖を下げる薬を飲んでいる (はい・いいえ)
 3. コレステロールを下げる薬を飲んでいる (はい・いいえ)
 4. タバコを吸っている (はい・いいえ)
- ※添付書類 病院等から発行の領収書の写し 診断結果の写し (人間ドックを受けた場合に限る。)
特定健康診査受診券 (人間ドックを受けた場合に限る。)

切り離さないこと

八潮市国民健康保険人間ドック・脳ドック補助金請求書

科目	款 項 目 事業 節 細 節 細々 節				請求金額 (金額頭部に¥記入)		千	百	十	万	千	百	十	円
	件	名	数	量	単	価	金	額	摘	要				
	人間ドック・脳ドック補助金	(月分)											

上記のとおり請求しますので、次の口座に振り込みをお願いします。

(宛先) 八潮市長	請求日			年	月	日
住所 八潮市	氏名					印
振込先金融機関				種別	口座番号	
銀行	店		普通			
信用金庫			当座			
フリガナ						
口座名義						