

様式第 1 号（第 4 条関係）

多気町国民健康保険健康診査等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

多気町長 様

申請者 住 所
氏 名
連絡先

多気町国民健康保険健康診査等助成要綱第 4 条の規定により次のとおり申請及び請求します。

被 保 険 者 番 号			
被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	(歳)
住 所		連 絡 先	
受 診 医 療 機 関 名			
受 診 年 月 日			
受 診 費 用			
助 成 額			

振 込 先	銀行・農協 信用金庫	口座 名義人	(カナ)					
	支店							
	普通・当座	口座番号						

添付書類確認

☐ 健診結果の写し	☐ 領収書の写し	☐ 受診券	☐ 質問票
----------------------------------	---------------------------------	------------------------------	------------------------------