様式第3号（第6条関係）

人間ドック助成金交付請求書

年　　月　　日

王寺町長　殿

住所

請求者　氏名

電話

金

☐ 限度額　20,000円

☐ 限度額　30,000円

下記のとおり人間ドックを受診したので、領収書及び受診結果を添えて助成金の交付を請求します。

<table>
<tr><td>受診者氏名</td><td colspan="2"></td><td>国保被保険者
記号番号</td><td>奈　32</td><td></td></tr>
<tr><td>受診医療機関</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>受　診　日</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">振　込　先</td><td>銀行
信金
農協</td><td>本店
支店</td><td>普通
当座</td><td rowspan="2">口座名義人</td><td>ふりがな</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
</table>

王寺町国民健康保険人間ドック助成要綱の規定のとおり、今年度の王寺町特定健康診査は受診しません。

※振込先口座の通帳またはキャッシュカード原本（請求書にコピーの添付）が必要です。

※当該年度に35歳、40歳、45歳、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳に到達する方の限度額は30,000円です。