人間ドック助成金交付請求書

令和 年 月 日

王寺町長 殿

住所 王寺町

請求者 氏名

※この欄は記入しないでください

金

電話

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。

受診者氏名		記号番号	奈32		
受診医療機関					
受診日	令和 年 月 日				
振込先	銀行 信金 農協	本店	普通 当座	口座 名義 人	ふりがな
	銀行・支店コード				
	口座番号				

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。

※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。

【添付書類】

- ・振込先口座の通帳またはキャッシュカードのコピー
- ・人間ドック受診の領収書(原本は受付印を押して返却します)
- ・人間ドック受診結果(原本のコピーを取らせていただきます)
- ・質問票(質問項目について回答欄へお答えください)
- ・特定健康診査の受診券(交付済みの方は回収させていただきます)

【提出期限】

受診した年度の3月末日まで