

後期高齢者医療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	円
---	---

電話

(上限 20,000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					被保険者番号				
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 支店		普通 当座		口座 名義 人	ふりがな	
	銀行・支店コード								
	口座番号								

王寺町後期高齢者医療人間ドック助成要綱の規定のとおり、今年度の後期高齢者健康診査は受診しません。

【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)
- ・ 後期高齢者の健康診査受診券(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