

## 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 \_\_\_\_\_

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		証記号番号	奈 32	
受診医療機関				
受 診 日	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
	口座番号			ふりがな

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。