

## 後期高齢者医療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 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	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
	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。

**※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。**