

第6号様式（第11条第2項）

東金市国民健康保険短期人間ドック助成金交付請求書

令和 年 月 日

（あて先）東金市長

請求者

住 所

氏 名

印

電 話

（ ）

下記のとおり短期人間ドックの助成金を請求します。

記

請求金額

円

- 添付書類 (1) 短期人間ドックの領収書  
(2) 東金市国民健康保険短期人間ドック助成承認書  
(3) 短期人間ドックの検査結果の報告書の写し

記 号 番 号											
検 査 医 療 機 関 名											
受 検 日											
検 査 費 用 額		円 (A)									
助 成 金 額		円 (B)									
振 込 先	金 融 機 関 名	銀 行 本店									
		信用金庫 支店									
	信用組合 支店										
農 協											
	種 目	普通 (総合) ・ 当 座	口座番号								
	口 座 名 義 人	フリガナ									
		氏 名									

注 助成金額 (B) は、検査費用額 (A) に10分の7を乗じて得た額 (上限30,000円、1円未満切捨て) です。