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

（宛先）東金市長

請求者
住　所
氏　名　　㊞
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　⑴　短期人間ドックの領収書
⑵　東金市国民健康保険短期人間ドック助成承認書
⑶　短期人間ドックの検査結果の報告書の写し

<table>
<tr><td colspan="3">記号番号</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td colspan="3">検査医療機関名</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td colspan="3">受検日</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td colspan="3">検査費用額</td><td colspan="9">円（A）</td></tr>
<tr><td colspan="3">助成金額</td><td colspan="9">円（B）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">振込先</td><td rowspan="2">金融機関名</td><td colspan="10">銀行
信用金庫
信用組合
農協　　本店
支店</td></tr>
<tr><td>種目</td><td>普通（総合）・当座</td><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">口座名義人</td><td>フリガナ</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="9"></td></tr>
</table>

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。