別記様式（第４条関係）

中川村国民健康保険健康診査補助金交付申請・請求書

年　　　月　　　日

　中川村長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　中川村　　　　　　　番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（世帯主）氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL 88－

　下記のとおり国民健康保険健康診査補助金を交付されるよう申請・請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証記号・番号 | ０８－ |
| 受診者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日（　　歳） |
| 世帯主氏名及び続柄 |  | 続柄 |
| 受診年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 受診した医療機関等 |  |
| 請求額【費用額の1/2、上限２万円】 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 添付書類 | ・領収書・健診結果通知書 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　金庫　　　　　　　　　　農協 | 　　　　　　　　　　　支店 |
| （ふりがな）口座名義人 |  |
|  |
| 口座番号 | 　普通　当座 |  |
| 委任状 | なお、交付される補助金の受領については口座名義人に委任します。　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　 |