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 | | |