様式第5号(第10条第2項)

年　　月　　日

　四街道市長　　　　様

住所

申請者　氏名

電話番号

四街道市短期人間ドック助成金償還払申請書兼請求書

　下記のとおり短期人間ドック助成金について、四街道市国民健康保険短期人間ドック助成事業実施要綱第10条第2項の規定により申請し、請求します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | |
| 受検年月日 | 年　　月　　日　　～　　　　年　　月　　日 | | |
| 受検費用 | 円　(A) | | |
| 助成金申請額 | 金　　　　　　　　　　　円  (A×7／10(100円未満切捨て)※上限25,000円) | | |
| 被保険者の記号番号 |  | | |
| 金融機関名 |  | 本・支店(所) |  |
| 預金の種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| (フリガナ) |  | | |
| 口座名義人 |  | | |
| 添付書類 | (1)　短期人間ドック検査報告書  (2)　四街道市短期人間ドック受検承認書(様式第2号)  (3)　四街道市短期人間ドック助成事業問診票  (4)　短期人間ドックの領収書 | | |