

課長	次長・支所長	課長補佐	担当	グループ員	検診結果

様式第1号（第4条関係）

後期高齢者医療保険人間ドック検診費助成申請書					
被保険者証番号					
受診者住所	群馬県利根郡みなかみ町				
受診者氏名					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	（満歳）
検査機関名称					
検査年月日		年	月	日	
検査に要した額	円（消費税込）				
助成額	20,000 円				
下記金融機関に口座振替されますよう依頼いたします。					
金融機関名		本支店名		口座種別	
銀行・農協 信金・信組 （ ）		本店 支店 （ ）		普通・（ ）	
口座番号		口座名義（漢字）		（カタカナ）	
上記のとおり、人間ドック等に要した費用に関する別途証拠書類を添えて申請いたします。					
令和 年 月 日					
申請者住所 みなかみ町					
氏名 ㊟					
電話					
みなかみ町長様					

係処理欄

年度区分	年度	受付番号	支出年月日	年 月 日
			個人番号	

※添付書類…領収書(本書)、検診結果(写し)

HP