

課長	支所長	次長	課長補佐	副担当	主担当

健診結果

国民健康保険人間ドック検診費助成申請書	
被保険者記号番号	—
受診者住所	みなかみ町 番地
受診者氏名	
生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳) ※対象は当該年度の4月1日現在で満30歳以上75歳未満 (後期高齢者医療加入者を除く)
検査機関名称	
検査年月日	令和 年 月 日
検査に要した額	円 (消費税込)
助成額	※ 円 (1円未満切捨て)
振込先	金融機関名 銀行 支店 信用金庫 支所 農協
	口座番号 普通・当座
	フリガナ 口座名義人
世帯主と口座名義人が異なる場合は、この欄に署名捺印してください。 上記名義人口座への振込みを承諾します。 世帯主氏名 ㊟	

上記のとおり、人間ドック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。
なお、支給に際しては、上記金融機関に口座振込されますよう依頼いたします。

令和 年 月 日

みなかみ町長様

世帯主住所 みなかみ町 番地

氏名 ㊟

電話 ()