

吉岡町長 様

住所
氏名
連絡先

吉岡町国民健康保険人間ドック受診者補助金交付申請書兼実績報告書

吉岡町国民健康保険人間ドック受診者補助金の交付を受けたいので、吉岡町国民健康保険人間ドック受診者補助金交付要綱第5条第1項及び第6条の規定により、下記のとおり交付申請及び実績報告します。

記

1 申請内容

補助金交付申請額	円	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
受診者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日（ 歳）	
人間ドックの種類	（受診したものに○印をつけてください。） 日帰り 1泊 脳ドック	
受診した医療機関名		
受診年月日（受診予定日）	令和 年 月 日	
人間ドック受診料	円	
振込先口座	金融機関名	
	店名	
	預金の種類	普通・当座・（ ）
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

2 確認事項（該当する項目に☑をつけてください。）

- 人間ドックを受診する日の属する年度において、町が実施する特定健診を受診（受診予定）していません。
- 人間ドックを受診する日時点において、30歳以上であり1年以上吉岡町国民健康保険の被保険者です。
- この補助金の交付申請日時点において、吉岡町国民健康保険税を完納しています。

3 添付書類

- (1) 質問票
- (2) 人間ドック受診料の領収書の写し
- (3) 人間ドックの検査結果を証する書類の写し