

年 月 日

加 西 市 長 様

申請者

住所 _____

氏名 _____

加西市国民健康保険人間ドック等施設利用助成金交付申請書

人間ドック等施設利用助成金の交付を受けたいので、加西市国民健康保険人間ドック等施設利用助成規則第5条の規定により申請します。

被保険者証番号			電話番号		
利用する 被保険者	氏 名			性 別	男・女
	生年月日			年 齢	満 歳
利用施設名	<input type="checkbox"/> 市立加西病院 (<input type="checkbox"/> 1泊2日人間ドック <input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック)				
	<input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 1泊2日人間ドック <input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック) 利用施設名 () 所 在 地 () 電 話 (- -) 受診日 (年 月 日)				
助成金振込 口座等	振込 機関	銀行 農協 信用(金庫・組合)		支店 支所	預金 種別
	口座 番号			フリガナ 口座名義人	普通 当座