

人間ドック経費補助金交付申請書

受 診 者 氏 名		性 別		生年月日	年 月 日
受 診 年 月 日	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日		
受診医療機関名					
受 診 経 費	円				
経費補助申請額	円				
受領金融機関名	銀行 支店 ふりがな（ ） 農協 支店 口座名義（ ） 信用金庫 支店 普 通 No.（ ）				

上記のとおり人間ドックを受診したので、経費補助対象として承認されたく申請します。

令和 年 月 日

被保険者証記号番号 島72

住 所

連絡先 - -

氏 名

三春町長 様