

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 印

三春町長 様