

様式第3号 (第5条関係)

人間ドック・脳ドック助成金請求書		年度				
		国保特別会計	保険年金課			
国保番号	熊国	承認番号				
受診者氏名		性別	男・女	世帯主との続柄		
人間ドック	金額					
	受診医療機関	所在地 名称				
	受診年月日	年 月 日				
脳ドック	金額					
	受診医療機関	所在地 名称				
	受診年月日	年 月 日				
振込口座		上記金額を請求します。				
金融機関名	信金 銀行 農協 支店	年 月 日				
種別	普通・当座	住所 熊取町				
口座番号		世帯主氏名 印				
名義人	㊦がナ)					
【備考】		HbA1c 有・無				
		<table border="1"> <tr> <td>受付</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>			受付	
受付						