

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		〇〇 年度			
		国保特別会計	保険年金課		
国保番号	熊国 〇〇〇〇〇〇〇〇	承認番号	〇〇		
受診者氏名	国保 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		
		世帯主との続柄	妻		
人間ドック	金額	30,000円			
	受診医療機関	所在地 熊取町野田☆丁目〇番△号 名称 □ □ □ 病院			
	受診年月日	〇〇年 ××月 △△日			
脳ドック	金額	20,000円			
	受診医療機関	所在地 泉佐野市りんくう☆丁目〇番△号 名称 △ △ △ クリニック			
	受診年月日	〇〇年 ××月 △△日			
振込口座		上記金額を請求します。			
金融機関名	〇〇 信金 銀行 農協	〇〇年 ××月 △△日	住所 熊取町野田〇丁目〇番〇号  世帯主氏名 国保 太郎 <input checked="" type="radio"/>		
	×× 支店				
種別	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座				
口座番号	△〇△〇△〇△				
名義人	カガナ) コクホ ハナコ ----- 国保 花子				
【備考】		HbA1c 有・無			
		<table border="1"> <tr> <td>受付</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>		受付	
受付					