

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
記号番号		熊国		承認番号	
受診者氏名				世帯主との 続柄	
人 間 ド ッ ク	請求 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	請求 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。 年 月 日 住 所 熊取町 世帯主氏名		
金 融 機 関 名		信金 銀行 農協			
		支店			
種 別	普 通 ・ 当 座				
口 座 番 号					
名 義 人	フリガナ) -----				
【備 考】			HbA1c 有 ・ 無		
●その他請求手続きに必要なもの					
□領収書（医療機関等の領収印があるもの）					
※人間ドックと脳ドックの代金が一緒になった場合は、それぞれの内訳がわかる明細が必ず必要です					
□人間ドック検査結果表（脳ドックは不要です）					
□問診票（熊取町より交付したもの、脳ドックのみの場合は不要です）					
□人間ドック・脳ドック承認通知書					
□認め印（訂正があった場合に必要です）					
※スタンプ式のもの不可です					
□振込先の口座番号がわかるもの（記入に誤りがなければ不要です）					