

別記様式(第4条関係)

高山村国民健康保険人間ドック受診費助成金交付申請書

年 月 日

高山村長 様

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

下記の者に係る人間ドック受診費に対する助成金を交付されたく、関係書類を添えて申請いたします。

申請額 円

受診者	被保険者	記 号	番 号	枝 番
	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
医療機関	所在地			
	名 称			
実施年月日	自 至	年 月 日	年 月 日	日間
費用負担額	円			
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協	支店名	本店・支店・本所・支所
	カ ナ		預金種別	普通・当座
	名義人		口座番号	
備 考				