

大和高田市長 殿

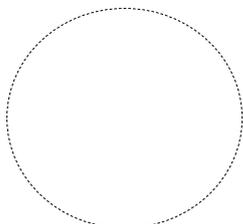
大和高田市国民健康保険がん検診補助金交付申請書

大和高田市国民健康保険がん検診補助金の交付を受けたいので、がん検診の領収書を添えて、次のとおり申請します。

被保険者証番号				生年月日	年 月 日	
住 所						
申請者氏名 (受診者)				印	電話番号	
種 別	受 診 日	検 診 料		受 診 機 関 名		
	年 月 日	円				
	年 月 日	円				
	年 月 日	円				
振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所	普通 当座 その他	口 座 番 号	
口座名義人		(フリガナ)				

※ 医療機関から発行されたがん検診の領収書を申請書に添付してください。
申請書はがん検診を受診した年度の末日までに保険医療課国保係まで提出してください。

【市役所記入欄】



国保資格	有・無	支給可否及び交付額	可・否	円
------	-----	-----------	-----	---

保健センター照会結果

	有・無		有・無		有・無
--	-----	--	-----	--	-----