

様式第1号(第5条関係)

特定健康診査受診料助成申請書

年 月 日

生駒市長 様

申請者 住所 生駒市
氏名
電話



上記のとおり特定健康診査に要した費用に関する書類(領収書等)を添えて申請します。

被保険者証の記号・番号				
健診を受けた被保険者の 氏名・住所・生年月日・性別	氏名			
	住所	生駒市		
	生年月日	年 月 日	性別	
健診を受けた年月日・ 医療機関名称・所在地	年月日	年 月 日		
	名称			
	所在地			
健診に要した費用	1,000円			

特定健康診査に要した費用を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	振込先銀行名		支店名		預金種別
		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()		本店 支店 支所 ()	普通 当座
口座番号					
(フリガナ) 口座名義人					

※口座名義人は申請者と同一で記入してください。

※受診の領収書を添付してください。