

第3号様式（第8条関係）

富士宮市国民健康保険人間ドック等助成金交付請求書

令和    年    月    日

富士宮市長    宛

住    所    富士宮市

請求者    氏    名

電   話   番   号

富士宮市国民健康保険人間ドック等助成金交付要綱第8条の規定に基づき、人間ドック等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

記

1 受診した被保険者の氏名等

|                             |                                           |
|-----------------------------|-------------------------------------------|
| 受   診   者   氏   名           |                                           |
| 検   査   機   関   名           |                                           |
| 医            師            名 |                                           |
| 受   診   年   月   日           | 令和            年            月            日 |

2 請求金額    ¥                      円

3 振込先

|                                            |                            |
|--------------------------------------------|----------------------------|
| 金   融   機   関                              | 銀行<br>金庫<br>農協<br>本店<br>支店 |
| 口   座   種   別                              | 普通                      当座 |
| 口   座   番   号                              |                            |
| （   フ   リ   ガ   ナ   ）<br>口   座   名   義   人 |                            |

|            |                                                                                                                                        |        |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 受付者<br>確認欄 | 添付書類 <input type="checkbox"/> ①健診結果票（特定健診検査項目を満たしていること）<br><input type="checkbox"/> ②健診費用の領収書<br><input type="checkbox"/> ③特定健診受診券     | 受付者サイン |
|            | <input type="checkbox"/> 国保税完納<br><input type="checkbox"/> S61.3.31 以前生まれ（特定健診対象年齢）<br><input type="checkbox"/> 他健診重複申請無（セット健診・脳ドックなど） |        |