健康診断費支給申請書

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 課長 | 課長補佐 | 係長 | 主事 |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | 　大　　崎 |
| 住所 | 　大崎町　　　　　　　　　　　番地 |
| 世帯主氏名 |  |
| 受診者氏名 |  |
| 生年月日 | 　大・昭・平　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 世帯主との続柄 |  |
| 医療機関名 |  |
| 受診年月日 | 　平成　　　年　　　月　　　日から　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日間　平成　　　年　　　月　　　日まで |
| 受診に要した経費（内訳） | 検診費用 | その他助成金 | 自己負担額 |
| 円 | 円 | 円 |
| 審査決定 | 支給決定額 | 円 |
| 不支給決定 |  |

上記のとおり，大崎町国民健康保険健康診断費支給規則により，健康診断費を支給　　　　くださるよう証拠書類を添えて申請します。

　平成　　　年　　　月　　　日

住所　　大崎町　　　　　　　　　番地

申請者

氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険料 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 | 年度 |
|  |  |  |  |  |

　大崎町長　東　靖弘　　殿