

## 人間ドック助成金交付申請書

被保険者証記号番号	四国	受診者名	
受診者生年月日	昭和・平成	年	月 日
受診年月日	令和	年	月 日
受診検査機関	検査機関名		
	所在地		
費用額・助成金額	受診額	円	助成金額 円

&lt;振込口座&gt;

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義人
銀行・金庫・農協		普通		(ふりがな)
		当座		

四條畷市国民健康保険人間ドック・脳ドック助成事業実施要綱第12条第1項の規定により、申請します。

令和 年 月 日

四條畷市長 あて

住所

申込者氏名

電話 ( ) -

※ 以下は記入しないでください。

確認事項	受診時の年齢30歳以上	可・否	受付印
	内臓疾患及び脳疾患による治療を受けていない	可・否	
	年度内初めての受診	可・否	
起案日	令和 年 月 日		
決裁日	令和 年 月 日		
上記の申込者については、人間ドック助成事業対象者であると認められるので、助成金を交付してよろしいか伺います。		課長	担当
助成金振込日		令和 年 月 日	