

## 国民健康保険人間ドック助成申請書

被保険者証記号番号	島33-000			
住所	南会津郡檜枝岐村字			
世帯主名				
受診者氏名				
生年月日	昭和 年 月 日生	該当年齢	30歳 50歳	35歳 55歳
			40歳 60歳	45歳 65歳
受診病院				
受診期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
病院に支払った金額	円			
* 支給額	円×70%= ≤50,000			
口座振込先	金融機関	会津みなみ農業協同組合 檜枝岐支店	口座種別	普通、当座
	口座番号		口座名義	
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 南会津郡檜枝岐村字</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">檜 枝 岐 村 長 様</p>				

注 \* 欄は記入しないでください。