

脳ドック補助金請求書

金 円也

但し 脳ドック補助金として
*補助金額は、1人につき 被保険者 33,000円 } が上限です。
被扶養者 30,000円 }
*ただし、年度末年齢40歳以上、年度内1回に限る。

《受診者名簿》 被保険者 名 計 名
被扶養者 名

本人(被保険者)			家族(被扶養者)		
受診月日	記号-番号	氏名	受診月日	記号-番号	氏名
	-			-	
	-			-	
	-			-	
	-			-	

令和 年 月 日

請求者 氏名

住所 〒 -

電話 ()

☆添付書類☆ 1. 領収書(写)

振込先	金融機関名	銀行 支店番号 () 信金 支店 信組	郵便局 (ゆうちょ銀行に口座のない方) 記号-番号
	預金の種別 口座番号	当座 普通	-
	口座名義 (カタカナ)		

※振込先は、通帳等を確認のうえ正しくご記入ください。
※請求者以外の口座に振込む場合は下の委任状にご記入ください。

私、 は に脳ドック補助金の受領に関することを委任します。

令和 年 月 日 住所
請求者 氏名