厚木市国民健康保険人間ドック助成金交付申請書兼請求書

令和　　　年　　　月　　　日

（ あ て 先 ） 厚 木 市 長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

住　所

申請者兼請求者　　　　　厚木市

（世帯主）　　　　　　氏名

電話番号 　―　　　―

厚木市国民健康保険人間ドック助成事業実施要綱により助成金の交付を申請及び請求いたします。

金額　　　　　　　　円

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 13- | 13- |
| フ リ ガ ナ受診者氏名 |  |  |
| 生 年 月 日 | 昭和　年　　 月　　 日平成 | 昭和　年　　 月　　 日平成 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　診　日 | 令和　　　 年　　 月　　 日 | 令和　　　 年　　 月　　 日 |
| 健診機関の名称 |  |  |

|  |
| --- |
| 振　　　　込　　　　先 |
| 銀行信用金庫信用組合農協 | 支店支所出張所 | １.普通　２.当座　３.貯蓄 |
| 銀行コード | 店　番 | 口座番号（右づめ） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カナ） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 委任欄 | 私は、次の者に助成金の受領に関する権限を委任します。受任者（口座名義人）　　　　　　　　　委任者（口座名義人以外の方）住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　 印 |

|  |  |
| --- | --- |
| 支給決定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |