

第 4 号様式（第 8 条）

人間ドック等助成金交付請求書（代理請求用）

年 月 日

（あて先）印西市長

検 査 医 療 機 関
所在地及び名称
代 表 者 氏 名

㊞

印西市人間ドック等受検に係る助成に関する規則第 8 条の規定により、下記のとおり助成金を請求します。

記

請求金額 _____ 円

＊添付書類

- （１） 請求明細
- （２） 人間ドック等受検承認書
- （３） 質問票（脳ドックのみの受検者を除く）
- （４） 人間ドック等検査結果報告書の写し

振 込 先	金 融 機 関 名	銀 行										本店
		信用金庫										支店
	信用組合										本所	
	農業協同組合										支所	
	種 目	普通（総合）・当座		口座番号								
口 座 名 義 人	フリガナ											
	氏 名											

第 5 号様式（第 8 条）

No.	被保険者 記号・番号 (被保険者番号)	受検者名	検査日	検査費用 (A)	受検者 負担額 (B)	請求額 (A－B)
合計			件	円	円	円

※ 検査費用は、消費税を含む額とする。