

人間ドック・脳ドック健診助成申請書

年 月 日

東 近 江 市 長 様

〒
 申請者 住所
 氏名
 電話 () -

次のとおり東近江市人間ドック・脳ドック健診の助成を申請します。

被 保 険 者 記 号 番 号	滋 東	号
健 診 を 受 け る 被 保 険 者 氏 名 ・ 生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)	
健 診 機 関 の 名 称		
健 診 期 間	年 月 日 から (日間) 年 月 日 まで	
健 診 費 用 額	円	

振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 農業協同組合	本 店 支 店 出 張 所
	種 別 ・ 口 座 番 号	普 通 ・ 当 座	
	(フリガナ) 口 座 名 義 人		

助 成 決 定 金 額	円
-------------	---

- 備考
- 欄は記入しないでください。
 - 助成額は、費用の5割相当額とし、2万円を限度とします。
なお、100円未満の金額は、切り捨てとします。
 - 申請の際、必ず健診費用の領収書及び健診結果票（写し可）を添付してください。（必須要件）