様式第３号

前橋市国民健康保険・後期高齢者医療人間ドック

健　診　費　助　成　金　請　求　書

　下記のとおり健診を実施したので、前橋市国民健康保険・後期高齢者医療人間ドック健診実施報告書（様式第４号）を添えて請求します。

記

今回請求分　　国保　・　後期　（いずれかに○をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| **請求金額** | 　　　　　**円**  |

　　　　　　　 ただし、令和　　　年　　　月実施分

　令和　　　年　　　月　　　日

　（宛先）前　橋　市　長

健診医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

下記口座へ振り替えてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 口座名 | カナ |
| 漢字 |
| 口座番号 | 　　　　　　　 銀行　　　　　　　信用金庫　　　　　　本　店　　１.普通 №　　　　　　　信用組合　　　　　　支　店　　２.当座 № |

|  |
| --- |
| 発行責任者及び担当者 |
| ・発行責任者： |  | （電話番号） |  |
| ・担当者： |  | （電話番号） |  |