

## 人間ドック・脳ドック検診費助成申請書

保険証記号番号		一般・退職(本人・家族)	
住 所	吾妻郡草津町大字	性別	男・女
生 年 月 日	昭和、平成 年 月 日	年齢	歳
検 査 医 療 機 関		1、人間ドック 2、脳ドック 3、両方	
検 診 日	平成 年 月 日		

口座振込	銀行・組合・信用金庫・農協		本・支店		窓口支払 (現金支給)
	普通・当座	口座番号	(フリガナ)		
			口座名義人		

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

住所 草津町大字

氏名

印

TEL

草津町長 様

処 理 欄	被保険者確認	収納状況確認	振込日	受付印
	確認印	確認印	口座振込日 平成 年 月 日 振込予定	

上記により申請があり、処理しましたので、ご報告いたします。

なお、未納がある場合には、国保税等へ充当します。

課 長	補 佐	係 長	主 査	主 任	係