

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)	
人間ドックを受けた被保険者		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	
検 診 日	令和 年 月 日	※脳ドックのみは助成対象外。	

口座振込	銀行・信用金庫 信用組合・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。

令和 年 月 日

住所 草津町大字 草津・前口 番地
氏名 印
TEL

草津町長 様

処理欄	被保険者確認	収納状況確認	検診結果提出	振込日	受付印
	国保資格 有・無	未納 有・無	<input type="checkbox"/>	口座振込日 令和 年 月 日 振込予定	

上記により申請がありましたので、支給決定してよろしいか伺います。

※なお、未納がある場合には、助成金の対象とはなりません。(要綱第2条関係)

課長	補佐	係長	主査	主任	係