

別記様式第1号(第5条関係)

大泉町国民健康保険被保険者人間ドック検診費助成金交付申請書  
兼国民健康保険税調査閲覧同意書

年 月 日

大泉町長 様

世帯主 住 所 大泉町  
氏 名  
電 話

㊞

人間ドック検診費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。なお、国民健康保険税の納入状況について、関係職員が調査のために閲覧することに同意します。

保険証記号番号			
住 所	大泉町		
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生	年 齡	歳
検 診 日	年 月 日	検診方法	日帰り ・ 一泊 ・ 脳
検診医療機関	所在地 名 称		
振 込 先			
金融機関名	銀 行 信用金庫 支 店 信用組合 支 所 農 協		
口座種類	普 通 ・ 当 座		
口座番号			
ふりがな	-----		
口座名義人			