

国民健康保険人間ドック検診助成金支給申請書

被保険者証の 記号番号	中川				
検診を受けた 被保険者	住 所	中川町字			
	氏 名		男 ・ 女	世帯主との 続 柄	
	生年月日	年 月 日	当該年度における 満 年 齢		歳
検診を受けた年月日	年 月 日				
検 診 医 療 機 関					
検診料支払金額	円				
支 払 方 法	1 口座振込 2 現金払	1 北星信用金庫中川支店 2 北はるか農協中川支所 3 ()	口座番号 普通		

上記のとおり領収書を添えて申請します。

年 月 日

世帯主 住所 中川郡中川町字

氏名 ㊟

中 川 町 長 様

町 処 理 欄	助 成 金 支 給	1. 決定(支給額: 円)	課 長	室 長	主 査	担 当	合 議
		2. 却下(理由:)					

算 定 内 訳		※助成額上限	負 担 額	助 成 額	備 考 特定健診受診の有無 (有・無)
	<input type="checkbox"/> 特定健診分	円	円	円	
	<input type="checkbox"/> 胃がん検診	円	円	円	
	<input type="checkbox"/> 肺がん検診	円	円	円	
	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診	円	円	円	
	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診	円	円	円	
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診	円	円	円	

※ 助成額上限は、中川町国保特定健診及び中川町が行うがん検診の助成額相当分です。