

日野市人間ドック等受診料助成金請求書

日野市国民健康保険 後期高齢者医療制度

事後申請 標記の金額のとおり請求いたしますので、下記の口座に振り込んでください。

請求者	住 所	日野市		
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	被保険者証 記号番号	電 話 番 号	年 齢	歳

請 求 額	円
-------	---

振込み先口座	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協		支店 出張所
	金融機関コード	支店コード	預金種目（○で囲む）	口座番号（右詰）
			1 普通・2 当座・3 貯蓄	
	口座名義	フリガナ		

振込口座名義が異なる場合は、下記の欄にご記入ください。（必ず請求者本人が記入してください）

委任欄	上記の口座名義人に対し、人間ドック等受診料助成金の受領を委任します。 氏名（請求者と同一） <div style="text-align: right;">（※必ず本人が記入してください）</div>
-----	--

あて先

日 野 市 長