

**記入見本**

被保険者記号番号	〇〇〇〇〇〇			保険者番号の 240028ではありません。 ご注意ください。
世帯主名	四日市 太郎			
利用する 被保険者	名 前	四日市 花子		
	生 年 月 日	昭和・平成	〇年 〇月 〇日生	〇〇歳
検診医療機関	未定であれば空欄でも可			申請日時点での年齢を ご記入ください。
検 診 料	未定であれば空欄でも可			円
脳ドック補助金 交付申請金額	10,000			円

上記のとおり、脳ドックを受診いたしますので、四日市市国民健康保険脳ドック補助金交付要綱第4条の規定に基づき、補助金の交付を申請します。

申請書を提出する日をご記入ください。

四日市市長

令和〇年 〇月 〇日

住 所 四日市市 諏訪町1番5号  
〇〇マンション△△号

申 請 者 名 前 四日市 花子

電 話 059-354-8158

「利用する被保険者」と  
同一名をご記入ください。

保険料 照 合	完 納	未 納	
------------	--------	--------	--

# 記入見本

第4号様式(第8条関係)

四日市市長

請求書を提出する日をご記入ください。 令和〇年 〇月 〇日

住所 四日市市 諏訪町1番5号  
〇〇マンション△△号

名前 四日市 花子  
(※受診者本人が自署しない場合は、記名押印してください)

電話 354-8158

脳ドック受診者と同一となります。

押印不要です。ただし、ご家族など受診者以外が請求者名を記入する場合は押印が必要です。

交付決定通知書と一緒に送付した請求書には記入済みです。 補助金交付請求書

年 月 日付け保険第 号-2で補助金の交付決定を受けた脳ドックを受診したので、四日市市国民健康保険脳ドック補助金交付要綱に基づき、下記のとおり請求します。

## 記

1. 請求金額 金 10,000 円
- 必ずご記入ください。実際にかかった金額ではありません。金額の訂正はできません。
2. 添付書類
- (1) 脳ドック実施医療機関発行の検査結果 (MRI 必須) (写し)
  - (2) 脳ドック実施医療機関発行の受診者本人宛の領収書 (写し)
- 請求書と一緒に提出してください。

## 3. 振込を希望する口座情報

振込口座(受診者本人名義)

金融機関	〇〇〇〇	銀行・農協 信用金庫	〇〇〇	支店 出張所
口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号 〇〇〇〇〇〇	名義人(本人) (カタカナ)	ヨツカイチ ハナコ