

総 社 市 長 様

申請者（給付対象者本人）

住 所

氏 名

電話番号

人 間 ド ッ ク 費 用 給 付 申 請 書

総社市人間ドック費用給付要綱第6条の規定により受診費用の給付を受けたいので、次の書類を添えて申請します。

また、審査にあたり総社市が住民基本台帳・市民税課税台帳等により確認を行うこと、必要な場合には、検診機関等へ照会することに同意します。

なお、給付に当たっては、次の口座へ振り込みください。

添付書類

- (1) 検診機関の領収書（原本）
- (2) 検査結果
- (3) 受診券（総社市国保特定健康診査受診券：国民健康保険被保険者の方）
（総社市後期高齢者健康診査受診券：後期高齢者医療保険の方）
- (4) 人間ドック給付申請用質問票

口座振込先

金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合								店 支店 出張所
種 目	1. 普通 2. 当座	口座番号							
口座名義人	フリガナ								
	氏 名								