

宝達志水町長 寶 達 典 久 様

住 所 宝達志水町_____

氏 名 _____

請 求 書

令和 年 月 日付け承認番号第 号により承認のあった検査を終了したので、
宝達志水町国民健康保険人間ドック等助成事業実施要綱第10条第2号の規定により下記のとおり請求いたします。

記

1 請求額 _____ 円

- 2 受検したドック () 人間ドック (25,000 円又は 20,000 円)
※○を付ける () 脳ドック (20,000 円又は 15,000 円)
() 人間ドック及び脳ドック (40,000 円又は 30,000 円)

3 添付書類 検査機関の領収書、又は写し