

住所 宝達志水町

氏 名

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。

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