

岡崎市健診等費用助成金請求書

年 月 日

(宛先) 岡崎市長

| | |
|------|------|
| 請求金額 | ¥ .— |
|------|------|

岡崎市国民健康保険健診等費用助成金交付要綱第7条の規定に基づき、
上記金額を請求します。

申請者
被保険者証記号番号
住 所

氏 名 (※)
(※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。)

電話番号

振込先口座（口座名義人は申請者と同一であること）

| | |
|-------|----------------|
| 金融機関名 | 銀行・信金 信組・農協 |
| 本・支店名 | |
| 預金種別 | 1 普通 2 当座 |
| 口座番号 | |
| フリガナ | |
| 口座名義 | |