

脳ドック助成金交付請求書

被保険者証 記号番号	鳥医国保 ー	
受診者 氏名		
受診年月日	年 月 日	
実施医療機関名	所在地	
	名称	
請求金額	一金 円	
<p>上記のとおり 請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〔申請者〕 千 住所 氏名 印</p> <p>鳥取県医師国民健康保険組合理事長 殿</p>		

振込指定銀行	銀行 信用金庫		支店
	口座番号	(普通) (当座)	
	フリガナ		
	口座名義		

- (注) ・この助成金は3年に1度で上限は20,000円までの支給となります。
 ・費用が20,000円以下の場合、自己負担分の補助となります。
 ・領収書のコピーを添付してください。