

## 子宮がん検診助成金交付請求書

被保険者証 記号番号	鳥医国保 第 号	
利用被保険者 氏名		
利用年月日	年 月 日	
利用した機関名	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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">〔申請者〕 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">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) 市町村の検診を利用する場合は、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。