

別 記

第 1 号様式 (第 5 条第 1 項)

浦安市国民健康保険脳ドック費用助成申請書

年 月 日

(宛先) 浦 安 市 長

申請者 住所
氏名
電話番号

受診者	被保険者証 記号・番号	浦一	生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏名		受診日	実施機関名
			年 月 日	

自己負担額 (A)	助成上限額 (B)	助成申請額 (A) と (B) のどちらか少ない額を 記入してください。
円	15,000円	円

振込先	金融機関名		金融機関コード				支店名	店番号	
	口座種類	口座番号					口座名義 (カタカナで記入)		
	普通・当座・貯蓄								