

川越市国民健康保険脳ドック検査料支給申請書

住 所	川越市		
フリガナ 氏 名	国保記号番号	—	
	生 年 月 日	昭和	年 月 日
検査機関の名称 及び所在地			
受検年月日	年 月 日		
上記のとおり申請します。 (提出先) 川越市長 年 月 日 申請者 { 住 所 川越市 氏 名 電話番号 ()			
下記の金融機関の預金口座への振込みを依頼します。			
振り込み先金融機関名	預金種目及び口座番号		預金口座名義人
銀 行 信用金庫 農 協	普 通	当 座	フリガナ
	No.		
支 店 (出張所)			

※受検時の領収書（内訳のわかるもの・原本）を添付してください。

資格確認	
税 未 納	有・無