

小平市人間ドック等利用費補助金請求書(後期高齢者医療)

¥ _____

小平市長殿

小平市後期高齢者医療人間ドック等利用費補助金として、上記の金額を請求します。なお、支払金については下記の口座へ振り込みを依頼します。

年 月 日

	請求者 (被保険者)	住所				
		氏名	(※)			
		(※)本人が自署しない場合は記名押印してください				
口座振替依頼欄	金融機関名	銀行	本店			
		信用金庫	支店			
		信用組合	出張所			
		農業協同組合				
	預金種目	1 普通	口座番号			
		2 当座				
		3 貯蓄				
	フリガナ					
	口座名義人					

※ゆうちょ銀行を依頼する場合は、他の金融機関への振込用の店名・店番（3桁）・預金種目・口座番号（7桁）を記入。

保険年金課後期高齢者医療担当