

様式第4号（第7条関係）

国民健康保険精密健康診断補助金請求書

一 金 円也

決定通知番号	第 号
被保険者氏名	
療養費の種類	精密健康診断
振込先	金融機関名 支店名等 預金種目 口座番号 (ふりがな) 口座名義人 ()

上記金額を請求します。

年 月 日

請求者 住 所 朝日村大字

世帯主氏名 ㊟

朝日村長 様