

様式第 3 号(第 6 条関係)

国民健康保険人間ドック等補助金実績報告書

令和 年 月 日

松田町長 様

住 所 _____
世帯主氏名 _____
電話番号 _____

人間ドック等補助金に係る受診実績について下記のとおり報告します。

記

受診者名		
受診年月日		令和 年 月 日
受診機関	住所	
	名称	
受診金額		円

添付書類 受診の際の領収書 (写し可)
 受診結果