令和7年度健康診断補助金支給申請書（事業者健診用）

注)太枠の中に漏れなく記入し、所定の書類を添付しご提出ください。

三岐薬剤師国民健康保険組合理事長　様　　申請日:令和　　年　　月　　日

以下のとおり、事業者健診を実施しましたので、特定健康診査質問票・健診結果の写し・領収書・特定健診受診券を添えて申請します。

事業主組合員	被保険者証番号:	氏名:
事業所名		

＊健診実施機関について

所在地	
名　称	

＊補助金の振込先について

銀　行		本・支店
フリガナ		
口座名義		
普通　・　当座	口座番号	

＊補助金の申請について、ここに申請する被保険者全ての同意を得ています。

証明として右に事業主の署名・押印（自署の場合は押印省略可）をお願いします。　　㊞

＊健診を受けた被保険者

1	氏名		被保険者番号	
	受診日	令和　　年　　月　　日	費用額	円
2	氏名		被保険者番号	
	受診日	令和　　年　　月　　日	費用額	円
3	氏名		被保険者番号	
	受診日	令和　　年　　月　　日	費用額	円
4	氏名		被保険者番号	
	受診日	令和　　年　　月　　日	費用額	円
5	氏名		被保険者番号	
	受診日	令和　　年　　月　　日	費用額	円
6	氏名		被保険者番号	
	受診日	令和　　年　　月　　日	費用額	円
7	氏名		被保険者番号	
	受診日	令和　　年　　月　　日	費用額	円

注:1、特定健診質問票には必ず受診者本人が回答し添付すること。
　2、領収書が事業所一括の場合は個々の健診費用と受診日が明確な健診機関発行の明細を添付すること。
　3、健診結果は特定健診の項目が満たされていること。

（事務処理欄）　　医療機関番号　:

理事長	常務理事	事務長	会　計	係	入　力

支給　・　不支給

支給金額:　　円