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	業者健診を実施	iしました	こので、生	寺定健康	診査質問票・健診	:結果の写し・領	収書•紫	宇定健 診	沙受診
と派	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									
* 傾	建診実施機関に	こついて								
	所在地									
	 名 称									
* 補		上について								
				銀	行				本•5	支店
_	÷11.18 1.				1,3				- 11 2	Х /Д
<u> </u>	ツリガナ									
П	座名義									
	34. > →									
	普通	当座		口座番	号					
 *			由語す			の同音を得ていま	े			
* 補	前助金の申請に	こついて、ここに		る被保障	険者全ての	の同意を得ていま	す。			(FII)
	制金の申請に 証明として右に	こついて、ここに 事業主の署名・押F		る被保障	険者全ての		. . .			
	制金の申請い 証明として右に をきを受けた被	こついて、ここに 事業主の署名・押F		る被保障	険者全ての	をお願いします。	. j .			
	前助金の申請い 証明として右に	こついて、ここに 事業主の署名・押印 な保険者	巾(自署の	る被保原場合は押	黄者全て(印省略可)	をお願いします。 被保険者番号	-		Щ	
k 傾 1	制金の申請い 証明として右に をきを受けた被	こついて、ここに 事業主の署名・押F		る被保障	険者全ての	をお願いします。 被保険者番号 費用額	9.		円	
k 傾	制助金の申請に 証明として右に 建診を受けた被 氏名 受診日	こついて、ここに 事業主の署名・押印 な保険者	巾(自署の	る被保原場合は押	黄者全て(印省略可)	をお願いします。 被保険者番号	. चे °			
★ 傾 1 2	制金の申請が 証明として右に き診を受けた被 氏名 受診日 氏名	こついて、ここに 事業主の署名・押印 好保険者 令和	甲(自署の	る被保限 場合は押 月	 検者全で(印省略可 <u>)</u> 日	をお願いします。 被保険者番号 費用額 被保険者番号	.		円円	
* 傾 1	制金の申請が 証明として右に き診を受けた被 氏名 受診日 氏名 受診日	こついて、ここに 事業主の署名・押印 好保険者 令和	甲(自署の	る被保限 場合は押 月	 検者全で(印省略可 <u>)</u> 日	をお願いします。 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額	· • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			
★ 傾 1 2 3	制金の申請が 証明として右に き診を受けた被 氏名 受診日 氏名 受診日 氏名	こついて、ここに事業主の署名・押印 保険者 令和 令和	年 年	る被保 場合は押 月 月	 検者全で(即省略可 <u>)</u> 日	をお願いします。 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額 被保険者番号			円	
★ 傾 1 2 3	制金の申請が 証明として右に き診を受けた被 氏名 受診日 氏名 受診日 氏名	こついて、ここに事業主の署名・押印 保険者 令和 令和	年 年	る被保 場合は押 月 月	 検者全で(即省略可 <u>)</u> 日	をお願いします。 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額	90		円	
* 個 1 2 3 4	制金の申請が 証明として右に き診を受けた被 氏名 受診日 氏名 受診日 氏名 受診日 氏名	こついて、ここに 事業主の署名・押目 保険者 令和 令和	年 年	る被保 場合は押 月 月	 検者全で(即省略可 <u>)</u> 日	をお願いします。被保険者番号費用額被保険者番号費用額被保険者番号費用額被保険者番号費用額被保険者番号			円	
* 傾 1 2 3	制金の申請が 証明として右に き診を受けた被 氏名 受診日 氏名 受診日 氏名 受診日 氏名 受診日	こついて、ここに 事業主の署名・押目 保険者 令和 令和	年 年	る被保 場合は押 月 月	 検者全で(即省略可 <u>)</u> 日	をお願いします。 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額 被保険者番号			円	
 ★ 傾 1 2 3 4 5 	制金の申請が 証明として右に き診を受けた被 氏名 受診日 氏名 受 氏名 受 氏名 受 氏名 受 氏名	こついて、ここに事業主の署名・押目 保険者 令和 令和 令和	年 年	る被保 場合は押 月 月 月	 検者全て(印省略可) 日 日 日	をお願いします。 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額 被保険者番号	·		円 円	
* 個 1 2 3 4	制金の申請が 証明として右に き診を受けた被 氏名 受診日 氏名 受診日 氏名 受診日 氏名 受診日 氏名 受診日 氏名 受診日 氏名 受診日	こついて、ここに事業主の署名・押目 保険者 令和 令和 令和	年 年	る被保 場合は押 月 月 月	 検者全て(印省略可) 日 日 日	をお願いします。 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額 被保険者番号 費用額 被保険者番号			円 円	
*傾 1 2 3 4 5	制金の申請が 証明として右に き診を受けた被 氏名 受 氏名 受 氏名 日 氏 診 名 受 氏名 日 氏 診 名 受 氏名 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	こついて、ここに事業主の署名・押目 保険者 令和 令和 令和 令和 令和	年 年 年	る被保 場合は押 月 月 月 月	 検者全で(印省略可 <u>)</u> 日 日 日 日	をお願いします。 被保険者番号 費用額			円 円 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	孫処理欄)				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
							-L- (A A 4-r-	
							支給金額:	円