

平成29年度健康診断補助金支給申請書

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。

被保険者証 の記号番号		組合員又は 準組合員の氏名	
受診者の 氏名		受診者の 生年月日	
受診年月日	平成 年 月 日		
健 診 機 関	所在地		
	名称		

*費用について

健診に要した費用の負担者について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全額受診者負担 ・ 一部受診者負担 (※受診者の負担金額: 円) ・ 全額会社(事業所)負担
健診に要した費用	円

*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

上記のとおり健診を受けたので領収書、健診結果(特定健診の項目を含む)、特定健診質問票、特定健診受診券を添えて申請します。 ※必ず自署押印にてお願い致します。

平成 年 月 日

受診者住所 _____

受診者氏名 _____ 印

事業主組合員氏名 _____ 印

三岐薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

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、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