

令和元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・令 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。

令和 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

