

## 平成30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<br>の記号番号   |     | 組合員又は<br>準組合員の氏名        |  |
| 受診者の<br>氏名       |     | 受診者の<br>生年月日            |  |
| 受診年月日            |     | 平成      年      月      日 |  |
| 健<br>診<br>機<br>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"> <li>・ 全額受診者負担</li> <li>・ 一部受診者負担 (※受診者の負担金額:                      円)</li> <li>・ 全額会社(事業所)負担</li> </ul> |
| 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