

理事 長		常務 理事		事務 長		係		年 月 日 起案 年 月 日 決裁
---------	--	----------	--	---------	--	---	--	----------------------

健康診断補助金支給申請書

金額 円

被保険者証記号番号				
受診者名	住所			
	氏名		申請者との続柄	
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	年齢 歳
医療機関名				
受診年月日		令和 年 月 日		
支払った金額 (別添領収書)		円		
振込先		銀行 信用金庫 店		
		預金 種目	普通 当座	口座番号
		フリガナ 名義人氏名		

上記の通り健康診断を受けましたので、補助金の支給を申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名 ㊟ (シャチハタ不可)
(申請者が従業員の場合、下段の事業主組合員の署名・捺印が必要になります。)

事業主組合員氏名 ㊟ (シャチハタ不可)

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※ 太枠内のみ記入して下さい

- * 注 意 事 項 *** ※当制度は、受診券を用いた「特定健診」との併用はできません。
- ・特定健診が義務付けられたため、個人情報確約のもと必須検査項目データの提供をお願いいたします。
 - ・振込手数料節減のため、静岡銀行に口座をお持ちの方はそちらをご記入ください。

《 添 付 書 類 》

- ・ 領 収 証 原 本 (特定健診とその他の内訳のあるもの)
- ・ 特定健診の必須検査項目を含む健診データ (返却しないため写しでも可)
- ・ 標準的な質問票