

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

※太枠のみご記入ください。

被保険者記号番号				
受診者名	住所			
	氏名		組合員との続柄	
	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		
金融機関名 ※組合員の口座情報をご記入ください。 ※静銀に口座がある場合は、その口座を記入してください。		銀行 信用金庫 店		
		預金種別	普通当座	口座番号
		口座名義 （組合員）		フリガナ
上記のとお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				
組合員氏名 _____				
静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様				

注意事項

- この申請書は、組合員の家族用です。組合員の方は「様式第30号」をご利用ください。
- 補助金支給制度を利用する場合は、特定健診受診券を使用しないでください。
- 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。

《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）
- 質問票「様式第30号-4」

《申請期間》

当年度4月1日～翌年度5月15日必着