

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

※ 太枠内のみ記入して下さい

被保険者証記号番号				
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		
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		
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">従業員組合員氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">事業主組合員氏名 (必須) _____</p> <p>静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様</p>				

*** 注 意 事 項 ***

- ・ 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。
- ・ 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