

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			

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

従業員組合員氏名 _____

事業主組合員氏名 (必須) _____

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

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)
- ・質問票

※太枠内のみ記入してください。