

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

	被保険者 記号番号	受診者氏名	受診年月日	支給金額 ※組合で記入
		生年月日・年齢	健康診断費用	
1		令和 年 月 日 歳	円	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
2		令和 年 月 日 歳	円	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
3		令和 年 月 日 歳	円	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
4		令和 年 月 日 歳	円	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
5		令和 年 月 日 歳	円	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
6		令和 年 月 日 歳	円	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	

	支給決定額	円
--	-------	---

上記の受診者が健康診断を受けましたので、補助金の支給を申請します。
なお、補助金の申請については、全ての受診者の承諾を得ています。

令和 年 月 日

住所

事業主組合員

氏名

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

◎ 支給決定額を銀行振込しますので、事業所又は事業主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。）

金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義
銀行	当座		フリガナ
支店	普通		
信金			

《 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）

※受診後は速やかな申請にご協力お願いします。

※太枠のみご記入ください。

健康診断補助金支給申請書

	被保険者 記号番号	受診者氏名	受診年月日	支給金額 ※組合で記入
		生年月日・年齢	健康診断費用	
1			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
2			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
3			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
4			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
5			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
6			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
7			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
8			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
9			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
10			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
11			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
12			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
13			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	
14			令和 年 月 日	円
		昭・平 年 月 日 歳	円	

※太枠のみご記入ください。