

特定健診補助金支給申請書

被保険者証の記号と番号		被保険者の氏名と印	⑩
被保険者の現住所	〒 ー TEL ()		
受診者	氏名		被保険者との続柄
	生年月日	昭和 年 月 日生 (歳)	
	電話	()	
健診を受けた医療機関 クリニック等	名称		
	所在地	TEL ()	
健診を受けた年月日	平成 年 月 日		
健診に要した費用	金 円也		

(補助金は6,000円を限度とします)

※当組合で案内している健診コースを受けられた方は申請できません

被保険者の口座に振込むとき	この補助金を下記の銀行口座にお振り込みください	被保険者以外の口座に振込むとき	委任状
	銀行 支店 信金 当座・普通 (No.) フリガナ 口座名義		私はこの補助金の受領を委任します。 平成 年 月 日 住所 委任者 氏名 ⑩ ----- 住所 受任者 氏名 ⑩
	* 被保険者以外の口座に振込むときは 右の欄にご記入ください		振込希望の金融機関 銀行 支店 信金 当座・普通 (No.) フリガナ 口座名義

(注) この申請書に所定の事項を記入し、健診に要した費用の領収明細書・健診結果表・問診票(全てコピー可)を添付の上申請して下さい。