

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	
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	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	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)

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		私はこの補助金の受領を委任します。		
	信金		年 月 日	住所	委任者
	当座・普通 (No.)		住所	氏名	受任者
	フリガナ 口座名義		振込希望の金融機関		
	* 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		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。