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	〒　　－ 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	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 銀行　　支店 信金 当座・普通　（No.　　） フリガナ 口座名義	被保険者以外の口座に振込むとき	**委　任　状** 私はこの補助金の受領を委任します。 年　月　日 委任者　住所　氏名 受任者　住所　氏名 振込希望の金融機関 銀行 信金　　支店 当座 普通　（No.　　） フリガナ 口座名義
	＊　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		

（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。