

支 払 決 定 伺

支 給 額							円	常務理事	事務長	係

保健施設助成金支給申請書

(被扶養者たる家族健診用)

被保険者名		保 険 証	記号	
事業所名			番号	
健診項目	日帰り 生活習慣病 特定健康診査 ・ ドック ・ 健 診 (該当に○をしてください)			
実施医療機関名				
健診年月日	年 月 日			
受診者名				

上記のとおり助成金を請求します。

令和 年 月 日

住 所

申請者名

ふりがな 口座名義人			
銀 行 名		支店名	
預金口座番号	普通・当座 NO.		

※領収証と健診結果表の写しを添付してください(結果表に問診がない場合は質問票添付)