

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

(被保険者用)

被保険者氏名		保 険 証	記号	
			番号	
健診項目	日帰り 生活習慣病 定期健診 ・ 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	平成 年 月 日			
健診者名				

上記のとおり助成金を請求します。

平成 年 月 日

住 所

事業主名

印

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

領収証の原本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)