

# 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 險 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

<small>ふりがな</small> 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)