事務長	主　査	係

※伺い	支給決定額
	¥
	本人・家族

人間ドック　補助金支給申請書

（特定健康診査受診券を受け取った方のみが対象となります。）

被保険者証の記号・番号	記号		番号								ー	
特定健康診査 受診券整理番号												

受診者の氏名	年齢	組合員との続柄
		本人・家族

受診した施設名				
同上所在地				
受診した年月日	平成　年　月　日～平成　年　月　日			
支払った金額	円			
補助金振込先	銀行 信用金庫			店
	1.普通　2.当座 3.貯蓄	口座番号		
	（フリガナ） 口座名義			

上記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

〒　　ー

住　所

組合員

氏　名　　㊞

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長　様

1. 健診内容に《特定健康診査基本項目》が必ず含まれている事を医療機関に確認の上、受診してください。
2. 受診者名・医療機関名・但し書きが明記された領収書(原本)と健診結果(写し可)を必ず添付してください。
3. 特定健康診査受診券整理番号は、送付された「受診券」に掲載されている11桁の番号を記載してください。
4. ※印の欄は、記入しないでください。