決裁	理事長	副理事長	常務理事	理事	理事	理事	理事

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

被保険者証の記号・番号	記号		番号								ー	

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	
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
	（フリカ゛ナ） 口座名義

上記のとおり申請します。

平成　年　月　日

〒　－

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. 領収書（原本）を必ず添付してください。
2. 既に『脳ドック』・『健康診断』の補助金を受けた方は、補助の対象になりません。