事務長	主　査	係

※伺い	支給決定額
	¥
	本人・家族

※特定健康診査事業での補助額
¥

脳ドック　補助金支給申請書

（４０歳以上の被保険者が対象です。）

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			
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.※印の欄は記入しないでください。
2.受診者氏名・医療機関名・但し書きが明記された領収書(原本)を必ず添付してください。
3.特定健康診査対象者については特定健康診査事業で受けた補助額と補助限度額までの差額支給となります。