| 裁決 | 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 |

# 脳ドック　補助金支給申請書

| 被保険者証の記号・番号 | 記号 | 303 | 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<br>信用金庫　店 |
| | 1.普通　2.当座<br>3.貯蓄 |
| | 口座番号 |
| | （フリカナ）<br>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組合理事長　様

※ 1.　領収書（原本）を必ず添付してください。
　 2.　『人間ドック』を受診して、既に補助金を申請・受領済の方は、補助の対象になりません。