事務長	主査	係

※伺い	支給決定額
	¥
	本人・家族

健康診断　補助金支給申請書
（好きな健診）

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
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.※印の欄には記入しないでください。
2.労働安全衛生法に基づく事業主健診は補助の対象となりません。
3.好きな健診を選択して受診できます。
4.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。