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

健康診断　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
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、ドックの補助金を受けた方は、補助の対象になりません。

3. 労働安全衛生法第66条に基づき事業主が労働者に対して、義務として行なう雇用時の健康診断及び定期健康診断等については、補助の対象ではありません。