| 事務長 | 主　査 | 係 |
|---|---|---|
| | | |

| ※伺い | 支給決定額 |
|---|---|
| | ¥ |
| | 本人・家族 |

# 特定健康診査（県外受診分）補助金支給申請書

**（埼玉県外に居住している方が埼玉県外の医療機関で受診した場合のみ対象となります。）**

| 被保険者証の記号・番号 | 記号 | | 番号 | | | | | | | | ー | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 特定健康診査　受診券整理番号 | | | | | | | | | | | | |

| 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<br>信用金庫 | | | 店 |
| | 1.普通　2.当座<br>3.貯蓄 | 口座番号 | | |
| | （フリガナ）<br>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. 健診内容に《特定健康診査基本項目》が必ず含まれている事を医療機関に確認の上、受診してください。
2. 県外で受診する際は《受診券》は利用できませんのでご了承ください。
3. 受診者名・医療機関名・但し書きが明記された領収書(原本)と健診結果(写し可)を必ず添付してください。
   （健診結果は数値だけでなく総合判定、医師の氏名の欄も必要です。）
4. 特定健康診査受診券整理番号は、送付された「受診券」に掲載されている11桁の番号を記載してください。
5. ※印の欄は、記入しないでください。