

健康診断等受診補助事業補助金交付申請書

氏名	印	生年月日	M. T. S.	年	月	日(歳)
住所	TEL ( )					
事業所名	TEL ( )					
保険種別	社会保険 ・ 国民健康保険 ・ その他 ( )					
受診医療 関名						
受診日	平成	年	月	日	医療機関に支払った金額	円

補助金振込先

銀行 金庫 組合	店	普通	口座番号	口座名義人(フリガナ)
		当座		

(注意事項)

- ※ ①受診時に満35歳に到達している会員。
- ※ ②受診医療機関の領収書(写しでも可)を必ず添付して下さい。
- ※ ③受診後の申請手続きは速やかに行ってください。(年度内に限ります。)

担当者	事務局次長	事務局長
年 月 日	年 月 日	年 月 日