任意継続被保険者

一 般 健 診 補 助 金 支 給 決 定 決 議 書

No.

※この欄は記入しない	経伺	常務理事	課 長	担 当 者	起 案 年 月 日	備 考
	支給金額					

一 般 健 診 補 助 金 請 求 書

下記のとおり、一般健診を受診したので補助金を請求します。

令和　　年　　月　　日

被保険者住所　〒

被保険者氏名

被保険者連絡先　（　　）　　－

請 求 金 額　¥

【内訳】

様分　　円

様分　　円

【必要な添付書類】

① 一般健診を受けたことを証明する領収書、又は医療機関からの請求書と銀行振込を確認できる書類の写し
※各検査項目の金額・人数の明細を添付してください。

② 健診の結果票（写し）**※健康保険の記号・番号を明記してください。**

【請 求 期 限】

当該年度３月 31 日まで

※健診結果は、受診者の健康管理と当組合の統計資料等疾病予防事業に活用させていただき、プライバシーの保護には万全を期し、目的以外の使用はいたしません。ご理解いただきますようお願い申し上げます。

○補助金の振込先（**被保険者の口座名義**をご記入ください）

銀行支店名	銀行 ・ 信用金庫　　本 店 信用組合 ・ 農協　　支 店
預 金 種 類	普 通 ・ 当 座
口 座 番 号	
フ リ ガ ナ 口 座 名 義	

【R7.3】