

# 出先被保険者・被扶養者 再検査料個人負担分補助申請書

年 月 日

大王製紙健康保険組合 殿

事業所名  
 部署名  
 健康保険証番号 —  
 被保険者名 印  
 連絡先

再検査を実施したので、補助金を下記の通り申請します。

受診者名		年齢	歳
振込先	(フリガナ) 口座名義人 ( ) (フリガナ) (フリガナ) 銀行 店 口座番号(普通) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
受診日	年	月	日
受診医療機関			
再検査に支払った金額	円		

※再検査料個人負担分補助申請に必要なもの（診断書までは必要ありません）

申請書、再検査料支払いの領収書（写しでも可）、明細書又は再検査結果成績書（写しでも可）の3点

補助支給決定額 (¥ )	担当