

自治体健康診査補助金支給申請書

被保険者の 記号番号 (保険証の番号)		被保険者の 氏 名	(ふりがな)	
			印	
被保険者の住所		(〒 -)		
被保険者の 生年月日	年 月 日	所 属	事業所名	
			部署名	
受診者の氏名				
被保険者との続柄				
受診者の生年月日				
受 診 先 (市町村等の名称)				
受 診 年 月 日				
診 査 項 目				
診 査 費 用 (領収書添付)				

- ※ 注意事項：領収書は必ず添付して下さい。(コピー可)
 ※ 任意継続加入者は対象外となります。

令和 年 月 日 上 記 の と お り 申 請 し ま す。

大 建 工 業 健 康 保 険 組 合 御 中

組 合 処 理 欄				
常務理事	事務長	係	決定金額	支払年月日