

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円	理事長	副理事長	専務理事	事務長	次長	課長	係

定期健康診断補助金交付申請書

被保険者証・組合員証 記号 番号		受診者氏名	資格	生年月日(健診時年齢)	健診日	健診施設への 支払額 (円)	補助金 申請額 (円)
			税・職・家	昭・平 . . (歳)	. .		
			税・職・家	昭・平 . . (歳)	. .		
			税・職・家	昭・平 . . (歳)	. .		
			税・職・家	昭・平 . . (歳)	. .		
			税・職・家	昭・平 . . (歳)	. .		
			税・職・家	昭・平 . . (歳)	. .		
			税・職・家	昭・平 . . (歳)	. .		
			税・職・家	昭・平 . . (歳)	. .		
			税・職・家	昭・平 . . (歳)	. .		

健診施設名

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日 日

事務所住所

事務所名称

申請人
(組合員) 事務所電話番号

組合員氏名

印

関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様

振込先金融機関名		支店名	店
口座番号	普通	番号【右ツメでご記入ください】	フリガナ
	当座		
	貯蓄		名義人

- ※健診費用が10,000円未満の申請にご利用ください。
- ※特定健診対象者・後期高齢者組合員は支給対象外です。

必要書類…【領収書(原本)※健診施設発行のもの】

- ・健診を受けた者とその費用額及び健診日が個別にわかるもの
- ・複数名一括の領収書の場合は、健診を受けた者の氏名とその費用額及び健診日がわかる健診施設発行の「内訳明細書(原本)※事務所作成不可」も添付