回覧	理事長	副理事長	常務理事	事務長	主任	主事	担当	受付

人間ドック・成人病健診　助成金支給申請書

令和　　年　　月　　日

山梨県医師国民健康保険組合理事長　殿

住　　所

医療機関名

第一種組合員氏名　　印

下記の被保険者が人間ドック・成人病検診を受診しましたので、領収書（健診内容のわかるもの・コピー可）を添付のうえ、助成金の交付を申請いたします。

被保険者証番号
受診者氏名
生年月日　　S・H　　年　　月　　日　（　　歳）
個人番号
種　　別　　第一種・ 第一種家族 ・ 第二種・ 第二種家族
受診年月日　　令和　　年　　月　　日
特定健診受診券使用の有無　　有　・　　無
受診した医療機関名
総費用額　　￥
自己（窓口）負担額　　￥

振込口座　**（第一種組合員の口座）**

銀行名	銀行・信金・信組	本店　・　支店
口座名	（フリガナ）	
口座番号	普通　・　当座	No.

※　助成金は１５，０００円を上限といたします。

組合記入欄 ＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝

特定健診費用額　　￥

支給決定金額　　￥