

|        |     |          |          |     |          |    |    |    |     |
|--------|-----|----------|----------|-----|----------|----|----|----|-----|
| 回<br>覧 | 理事長 | 副理<br>事長 | 常務<br>理事 | 事務長 | 課長<br>補佐 | 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 ￥