担当

主　　事

主任

課長補佐

事務長

常務理事

副理事長

理事長

回 　覧

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

下記の被保険者が人間ドック・成人病健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・Ｒ　　　年　　　月　　　日　（　　　歳）

個人番号

種　　　別

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 | 山梨中央銀行 | | 支店 |
| 口座名 | （フリガナ） | | |
|  | | |
| 口座番号 | 普通 | № | |

※　**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　　　　￥**