

回 理 副 常 事 課 主 主 担
覧 事 理 務 務 長 任 事 当
長 長 事 長 佐 任 事 当

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	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 ￥