

支給金額	円
------	---

決定伺	理事長	常務理事	事務局長	係

人間ドック利用者補助申請書

下記のとおり申請します。

令和 年 月 日

中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

組合員氏名	
受診者氏名	
組合員との続柄	本人・家族
受診者の生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
受診した医療機関の所在地・名称	
受診年月日	令和 年 月 日
補助申請額	円 (要した費用 円)

申請には以下の書類が必要です。揃いましたらチェックを入れてください。

- 領収書(原本)
- 検査結果の写し(特定健康診査の基本的な健診項目を全て含む)
- 特定健康診査 受診券(未使用)
- 特定健康診査 質問票(すべてに回答)

この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。

(右詰めで記入)

銀行 信用金庫 農協	店 支店 出張所	預金 種目	1. 普通	口座番号									
			2. 当座	フリガナ									
				名義人									

※振込口座はお間違えのないよう楷書で記入してください。

(注意事項)

- 人間ドック利用者補助は受診時に40歳以上で資格取得後1年以上経過した者に限り、「4月1日～12月31日まで」の期間内1回のみとします。
- 補助額は組合員30,000円、家族20,000円を限度とします。
- 事業者健診として利用することはできませんので、個人口座を記入して下さい。
- 提出は本部へお願いいたします。

※すべての書類が揃うまで補助金を支払うことができませんので、確実に送っていただきますようご協力をお願いいたします。

※すでに特定健康診査を受診された方や事業者健診結果を提供いただいた方は、人間ドックの補助を受けることができません。

※検査結果により特定保健指導に該当した方は、保健指導を終了まで受けていただかないと翌年度は補助を受けることができません。

組合記載欄

現保険者等の記号・番号	岡303	-	-
-------------	------	---	---