

承認 決議 欄	理事長	副理事長兼 常任理事	理 事	事務長	課 長	主 任	担 当

特定健康診査助成申請書

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		受 診 者 氏 名	
第 1 種 組 合 員 と の 続 柄		生 年 月 日	昭和 年 月 日
受 診 年 月 日	令和 年 月 日		
受 診 医 療 機 関 名	所 在 地		
	名 称		
申 請 金 額	円	※支 給 決 定 金 額	円
振 込 先 希 望 銀 行	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号 普通・当座
	(フリガナ) 口座名義		
<p>特定健診に係わる検査結果表・請求内訳書・質問票を添付し、上記の通り申請いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(〒 -)</p> <p>住 所</p> <p>第 1 種 組 合 員 連絡先 ー ー</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊟</p> <p>岩手県医師国民健康保険組合 理事長 様</p>			

※自己健診は助成の対象外となりますのでご注意願います。