

決裁	理事長	常務理事	事務局長	係長	主任	担当者

伺 下記のとおり助成してよろしいか。

(款) 保健事業	(項) 保健事業	(目) 疾病予防活動費	(節) 負担金補助及交付金
----------	----------	-------------	---------------

健康診断助成金申請書

※

被保険者証記号番号	建国		-			枝番		受診日	〇〇年 ××月 △△日
-----------	----	--	---	--	--	----	--	-----	-------------

受診者名	大建 花子	健診にかかった費用	10,000 円
------	-------	-----------	----------

【服薬・喫煙について】必ずしてください。

① 血圧を下げる薬を服用している。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 血糖を下げる薬を服用している。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ コレステロールを下げる薬を服用している。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ 現在、喫煙をしている。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

上記のとおり、健康診断を受診しましたので領収書を添えて申請します。

大阪建設国民健康保険組合理事長 殿

年 月 日 (申請される日付を記入してください)

住所 大阪市浪速区敷津西2丁目14番22号
 組合員 氏名 大建 太郎

送金方法にチェックしてください

ゆうちょ銀行 (振込手数料はかかりません。)

ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号(右詰めでご記入ください。)
	1 0	1
フリガナ		
おなまえ		
【組合員本人に限る】		

ゆうちょ銀行以外の銀行 (振込手数料は差引いて振込みます。)

銀行名	銀行・信用金庫	支店
預金種類	普・当座・()	口座番号
フリガナ		
おなまえ		
【組合員本人に限る】		

支部窓口

組合記載欄	支給日 年 月 日 決定額 円
-------	-----------------

(注意事項) ・※がついている太枠に必要事項を記入してください。
 ・領収書(原本)を添付してください。40歳以上の方は、健診結果も提出してください。