

支給決定伺		
伺年月日	年月日	
健診機関名		
健診料金	円	
本人・家族	本人・家族	
補助金決定額	人間ドック	円
	婦人科検診	円
	脳ドック	円
	合計	円

※ 上記は当健康保険組合による記載欄ですので記載は不要です。

人間ドック等利用補助金申請書

_____年____月____日

尼崎機械金属健康保険組合 様

被保険者証記号番号	フリガナ	
—	被保険者氏名	
生年月日	住所	〒
S・H 年 月 日		
健診を受けた者の氏名		続柄
生年月日	S・H 年 月 日	
健診機関名		健診料金
		円
委任欄	この補助金の受領方を下記の者に委任します。	
	住所〒	
	氏名	
	年 月 日	被保険者氏名

振込銀行	銀行名	口座種別	口座番号	名義氏名・フリガナ
	銀行 本	当座		
	金庫 支店	普通		

※ この補助金申請書には領収書(写し可)と(※40歳以上(特定健診対象者)の方のみ)人間ドック検査結果表及び特定健康診査質問票を添付して下さい。なお、添付いただく「特定健康診査質問票」は、「別紙④」を使用して下さい。

※ 振込口座名義に必ずフリガナを記入して下さい。