

支給決定伺		
伺年月日	平成 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	婦人科健診	円
	大腸がん検診	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。

婦人科健診・大腸がん検診・脳ドック利用補助金申請書

平成 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	⑩
生年月日	住所	〒
昭和 年 月 日		
健診を受けた者の氏名		続柄
生年月日	昭和 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 ⑩	
	平成 年 月 日	被保険者氏名 ⑩

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の添付、振込口座名義にフリガナを記入して下さい。