

支給決定伺	
同 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	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

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(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。