

決 裁	事務局長	係	入力	資格	特定健診	年度	決定年月日
							決定額

健康診査に関する助成金交付申請書

被保険者記号番号	香組4							
健診を受けた被保険者の氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日
健診の種類	①一般健診 ②人間ドック ③脳ドック ④市町実施のがん等検診 ⑤クレアチニン ⑥尿酸 ⑦心電図検査 ⑧眼底検査 ⑨胸部X線検査 ⑩乳がん検診 ⑪前立腺がん検診 ⑫大腸がん検診 ⑬アスベスト検診 ⑭その他の検診							
受診した健診の種類番号を記載してください。→								
健診を受けた病院(機関)								
健診を受けた年月日	令和	年	月	日	令和	年	月	日
助成金交付対象費用額	円		円		円		円	

上記のとおり、要した費用の領収書等を添えて交付申請をします。

令和 年 月 日

組合員住所

組合員氏名

印

電話番号(日中連絡のとれるもの)

香川県建設国民健康保険組合理事長 殿

助成金支払指図	助成金の支払方法 (番号を○で囲んでください。)	1 給付金等振込指定口座への振込 2 別途振込 3 支部窓口払		(組合員名義以外の口座への振込を希望する場合は、この委任欄に記入してください。)				
	口座名義 (カタカナで、左詰で記入してください。姓と名の間は1字空けてください。)							
	別途振込の場合	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号 (右詰で記入してください。)				委任欄 この申請に基づく助成金の受領を下記受任者へ委任します。 令和 年 月 日 組合員住所 氏名 印 受任者住所 氏名 印
		銀行	百十四銀行	本店支店出張所	店番			
		銀行	口座種目	口座番号 (右詰で記入してください。)				
		普通・当座					香川県建設国民健康保険組合理事長 殿	

支部長氏名

印

注) 特定健康診査の対象者については、特定健康診査を受診しないと助成金が交付されない場合があります。