

回 理 副 常 事 課 主
覽 事 理 務 務 長 長 事
長 長 長 長 長 事

人間ドック・成人病健診 助成金支給申請書

令和 年 月 日

山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿

住 所 _____

医療機関名 _____

第一種組合員氏名 _____



下記の被保険者が人間ドック・成人病検診を受診しましたので、領収書（健診内容のわかるもの・コピー可）を添付のうえ、助成金の交付を申請いたします。

被保険者証番号 _____

受診者氏名 _____

生年月日 S・H・R 年 月 日 (歳)

個人番号 _____

種 別 第一種・第一種家族・第二種・第二種家族

受診年月日 令和 年 月 日

特定健診受診券使用の有無 有 ・ 無

受診した医療機関名 _____

総費用額 ¥ _____

自己（窓口）負担額 ¥ _____

振込口座（第一種組合員の口座）

銀行名	銀行・信金・信組 本店 ・ 支店
口座名	(フリガナ)
口座番号	普通 ・ 当座 No.

※助成金は15,000円を上限といたします。

組合記入欄

特定健診費用額 ¥ _____

支給決定金額 ¥ _____