

事業主健診助成金申請書

支給決定額	円
-------	---

- ◎ 太線枠内をご記入ください。また、なるべくまとめて申請してください。
- ◎ 40歳以上の方は、「事業主健診結果票（個人票または健診結果票のコピー）」、「質問票」、「領収書（コピー）」を添付して申請してください。
- ◎ 39歳以下の方は、「事業主健診結果票（個人票または健診結果票のコピー）」、「領収書（コピー）」を添付して申請してください。

被保険者証記号・番号		受診者氏名・フリガナ	領収書金額	支給金額
記号	番号		円	5・6 円
			円	5・6 円
			円	5・6 円
			円	5・6 円
			円	5・6 円
			円	5・6 円
			円	5・6 円
			円	5・6 円
			円	5・6 円
			円	5・6 円

振込希望 金融機関	1. 長崎県医師信用組合本店		フリガナ	
	2. 銀行		支店	
	1. 普通	口座番号	口座名義	
2. 当座	<small>（医師組合員 名義または 事業所名義）</small>			
3. 貯蓄				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 _____
 医師組合員 氏名 _____ (印)

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

※申請期限 令和5年3月31日