

# 基本健診 助成金申請書

## 特定健診

支給決定額	円
-------	---

- ◎ 太線枠内に1人ずつご記入ください。
- ◎ 基本健診を受診した方は、「基本健診受診結果票」（または健診結果のコピー）、「領収書（コピー）」を添付して申請してください
- ◎ 特定健診実施機関以外の医療機関で特定健診項目を受診した方は、「特定健診受診結果票」（または健診結果のコピー）、「質問票（コピー）」、「領収書（コピー）」、「特定健診受診券」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	円
基本健診または特定健診を受診した医療機関名称及び受診日		受診日：令和 年 月 日		基本・特定 1・21・22・3・4

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	円
基本健診または特定健診を受診した医療機関名称及び受診日		受診日：令和 年 月 日		基本・特定 1・21・22・3・4

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	円
基本健診または特定健診を受診した医療機関名称及び受診日		受診日：令和 年 月 日		基本・特定 1・21・22・3・4

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 医師組合員 名義または 事業所名義		
2. 当座					
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

※ 特定健診受診券を利用して受診した方は、この申請書の提出は不要です