

決裁年月日 令和 年 月 日

支給 決議書	支給額	¥	摘要	家族健康診断
-----------	-----	---	----	--------

申請処理年月日 令和 年 月 日

※以下の欄にご記入ください

家族健康診断補助金支給申請書

被保険者等 記号・番号		事業所名			
被保険者名	※				
受診者名		続柄			
受診医療機関					
受診年月日	令和 年 月 日	受診コース	A	B	C D
費用総額	円				

上記のとおり家族健康診断を利用しましたので、下記書類を全て添えて補助金の支給を申請します。

- 領収書（原本）
- 健康診断結果票（写し可）
- XML形式で作成したCD電子データ（有料の場合は自己負担となります。）

〒

令和 年 月 日 住所

※申請者（被保険者名）

氏名 _____

自動車振興会健康保険組合 理事長 様

振込先の銀行口座をご記入ください。（被保険者名義の口座）

銀行コード _____		支店コード _____	
銀行 本店・		支店	
当座・普通			
口座番号	フリガナ		
口座名義	氏名	※	

健保
受付印

※印の付いている箇所は、すべて被保険者氏名をご記入ください。
被扶養者（家族）氏名では申請できません。