

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

被保険者証の 記号と番号	-----		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				

上記の通り家族健康診断を利用したので、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）
- 個人結果表（写）
- 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	
口座番号		当座・普通	
	フリガナ		
	口座 名義	-----	
	氏名	※	

個人結果表  
確認・保管

健保  
受付印

※印の付いている箇所は、すべて被保険者のお名前をご記入ください。  
被扶養者（家族）のお名前では申請できません。