

〇〇年〇〇月〇〇日

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 御中

記号・番号 〇〇 - 〇〇〇〇

被保険者氏名 健保 太郎

連絡先電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

ご主人(被保険者)
のお名前

次の通り健康診断を受診いたしましたので、補助金の申請をいたしま

奥様(被扶養者)
のお名前

受診者氏名(配偶者)	健保 花子		
生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
受診年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日		
受診医療機関	医療法人 〇〇〇〇クリニック		
指定振込先 (被保険者口座)	〇〇〇〇 銀行・信用金庫 信用組合・農協	金融機関コード 〇 〇 〇 〇	
	〇〇〇〇 本店・支店 支所・出張所	店番号 〇 〇 〇	
	預金種別	普通・当座	
	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
口座名義(カタカナ)	ケンポ タロウ		

ご主人(被保険者)

【添付書類】

- 領収書(原本)
 健康診断結果票(写)

◎ 対象者は、受診年度末年齢34歳以下の被扶養配偶者で、受診当日に当健保組合に加入していることを条件とします。

◎ 補助金支給額は、健康診断費用総額(税込)の80%とし、上限額(30,000円)以内で、年度内1回の支給とします。

◎ この申請書に記載された内容は、補助金支給の目的以外には利用いたしません。