

承認決議欄	理事長	副理事長	常任理事	理事	事務長	係長	主任	担当

## 特定健康診査助成申請書

被保険者証 記号・番号		受診者 氏名	
第1種組合員 との続柄		生年月日	昭和 年 月 日
受診年月日	平成 年 月 日		
受診医療機関名	所在地		
	名称		
申請金額		※支給決定 金額	円
振込先希望銀行	銀行	支店	口座番号 普・当
			No.
(フリガナ) 口座名義			
<p>特定健診に係わる検査結果表・請求内訳書・質問票を添付し、上記の通り申請いたします。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(〒 - )</p> <p>住所</p> <p>第1種組合員 連絡先 ー ー</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊟</p> <p>岩手県医師国民健康保険組合 理事長 様</p>			

※自己健診は助成の対象外となりますのでご注意願います。