

専務理事	事務長		係

人 間 ド ッ ク 等 補 助 金 交 付 申 請 書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円
-------	----	----	---	---	---	---	---

被保険者・組合員証		健診を受けた者の氏名	資 格	健 診 施 設 名	健診日	健診施設への支払額 (円)	補助金申請額 (円)
記 号	番 号						
			税・職 家・後期		・ ・		
			税・職 家・後期		・ ・		
			税・職 家・後期		・ ・		
			税・職 家・後期		・ ・		
			税・職 家・後期		・ ・		
			税・職 家・後期		・ ・		
			税・職 家・後期		・ ・		
			税・職 家・後期		・ ・		
			税・職 家・後期		・ ・		

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様
上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
〒
事務所所在地
事務所名
申請人
(組合員) 電話番号
組合員氏名

振込先金融機関名		支 店 名		店
口 座 番 号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】		フリガナ
	当座			
	貯蓄			名 義 人

※健診費用が10,000円以上の申請にご利用ください。

必要書類…【領収書(原本)※健診施設発行のもの】

- ・健診を受けた者とその費用額及び健診日が個別にわかるもの
- ・複数名一括の領収書の場合は、健診を受けた者の氏名とその費用額及び健診日がわかる健診施設発行の「内訳明細書(原本)※事務所作成不可」も添付