

理事長	常務理事	事務長	事務次長	総務係長	業務係長	係

保健衛生普及費支給申請書

※ ￥

上記の補助金を支給されるよう申請します。
但し、下記内訳のとおり。

北海道薬剤師国民健康保険組合理事長 様

平成 年 月 日 住所 _____

組合員
氏 名 _____ (印)

内 訳

被保険者証 (組合員)番号	- -	受検した 被保険者名		組合員 との続柄	
受検した 年月日	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日				日間
ドック を受検 した病 院等	所在地				
	名称				

受検したオプション検診名及び病院に支払った金額 (領収書を添付して下さい。)

検診名	金額	検診名	金額
	円		円
	円		円
	円		円
合 計	円		

送金先	銀行 信用金庫 信用組合	() 本・支店 郵便局
	_____	店番号 _____
	(普通 ・ 当座)	ふりがな ()
	口座番号 _____	口座名義 () 様宛

(注)※は記入しないで下さい。(7,000円を限度に補助します。)