

ABC検診実施費用交付申請書

組合員の 被保険者証記号番号	60-
組合員氏名	

検診実施者

被保険者記号番号	氏名	性別	生年月日	費用額 (領収額)
60-		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	円
60-		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	円
60-		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	円
60-		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	円
60-		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	円
合計金額				円

交付金振込先

振込先 (申請者の 口座)		銀行・信金 信組・農協		本店 支店 出張所
	種別	1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金	口座番号	
	名義	(フリガナ)		

上記のとおり、検診を実施したので助成金の交付を申請いたします。

令和 年 月 日
申請者(組合員) 〒 - 住所 氏名 印

島根県医師国民健康保険組合理事長 様

注1) この用紙が2枚以上になる場合、振込先の記載は1枚目のみで結構です。
2) 領収書(写し可)を添付してください。