

ABC検診実施費用交付申請書

組合員の 被保険者記号番号	6 0 ー
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ー		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	円
60ー		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	円
60ー		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	円
60ー		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	円
60ー		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） 〒 ー 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。