

(様式19号)

令和 年 月 日 支給

支部長印
------

費用額	支給額
円	円

担当者
-----

## 人間ドック等助成金支給申請書

被保険者証 記号・番号	宮建	受診者	氏名
		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
受診年月日	令和 年 月 日	受診費用額	(消費税を含まない額) 円
受診種別	※ 該当するものを○で囲んでください。 (一枚の申請で選べる種別は一つのみとなります。複数は選べませんのでご注意ください。)  人間ドック ・ 脳ドック ・ 健康診断 ・ アスベスト検診		

振込金融機関 (組合員様名義の口座)	銀行名	銀行 信金 信組 農協 労金 その他	支店名	本店	預金の種類	普通・当座・貯蓄
				支店	口座番号	

※ 組合員様名義の口座へ振り込むこととなります。(ご家族の方や、事業所名義は対象外です。)

申請に必要なもの	・ 領収証 (原本) (受診者名・受診種別等の記載のあるもの) ・ 明細書 (写し) (領収証に受診者名・受診種別等の記載がない場合に添付) ※ 領収証の宛名は受診者個人名のもの (会社名、会社名+個人名は不可)
----------	--

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

郵便番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

組合員 住所 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(申請先) 宮城県建設業国民健康保険組合理事長