別記第１号様式

別記第1号様式

受　検　票

被保険者証の記号・番号	道　薬　　－　　－
ふりがな 利用者氏名	1.組合員　　男 2.家　族　　女
生年月日	昭 平　　年　　月　　日生（満　　歳）
住　所	----------
指定病院等名	
受診期間	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日　　日
発行年月日	取認 扱 者印

札幌市豊平区平岸１条８丁目5-12

北海道薬剤師国民健康保険組合

別記第２号様式

理事長	常務理事	事務長	事務次長	総務係長	業務係長	係

検診補助費支給申請書

※￥

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

平成　　年　　月　　日

住　所

組合員

氏　名　　㊞

被保険者証（組合員）番号	－　－	受検した者の氏名		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				
病院等に支払った金額	円（支払った領収書を添付して下さい。）				
受検した病院等	所在地				
	名　称				

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） 口座番号	ふりがな　（　　） 口座名義　（　　）　様宛

（注）※は記入しないで下さい。