

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

令和 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 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		日間		
ドック検 を 受 検 病 し た 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	
		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	
	(普 通 ・ 当 座)			店番号	
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。（7,000円を限度に補助します。）