

健診利用補助金交付申請書

被保険者証の 記号番号	—	被保険者氏名	
		生年月日	(歳)
利用希望者が 被扶養者の場合	氏 名		
	生 年 月 日		(歳)
事業所 名称 所在地			
健診受診年月日		1泊2日の人間 ドックの方は	まで
健診実施機関	名 称		
	所在地		
健診項目 受診項目に○を 付けてください	人間ドック (1泊2日・日帰り)		主婦健診
	婦人科健診		生活習慣病健診
	特定健診		乳腺X線検査 (40歳以上者で誕生日が西暦奇数年度は (マンモグラフィ) 奇数月・西暦偶数年度は偶数月)
健診に要した費用	円		
上記のとおり実施したので関係書類を添えて申請します。			
令和 年 月 日			
神奈川県プラスチック事業健康保険組合 殿			
申請者(被保険者) 住所			
氏名 (印)			
補助金の受取方法(銀行口座振込指定) <input type="radio"/> 申請者 <input type="radio"/> 下記へ記載してください <input type="radio"/> 事業所届出			
銀行・ 支店名	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協		<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所
口座種類	<input type="radio"/> 普通預金 <input type="radio"/> 当座預金		
口座番号 (左詰め)			口座 名義人
			カタカナにて記載してください

—— 健保組合使用欄 ——

受付印