

被扶養者健康診断等補助料請求書(30歳～39歳)

2019年度

年 月 日提出

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

要綱に基づき、補助料請求いたします。

健康保険被保険者証の記号・番号		—		
被扶養者住所	〒 — 電話 ( )			
被扶養者氏名	Ⓜ	生年月日	昭・平・令	年 月 日 才

※自署の場合は、押印が省略できます。

振込先金融機関	金融機関コード	本支店番号	預金種別	口座番号
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 預金口座名義

※振込先金融機関の欄には必ずご記入下さい。

- ・健診受診者もしくは被保険者名義の口座をご記入ください。
- ・健康診断等の受診を確認できる領収書(写)及び明細書(写)を添付してください。  
(のりづけしないでください)

受付印付印

特定健診あり	資格チェック	決定	入力	支払額