

処 理 伺		・			
常務理事		事務長		係	

令和 年 月 日

甲信越信用組合健康保険組合理事長 殿

被保険者
氏 名

生活習慣病健診利用補助金交付申請書

生活習慣病の検査を終了しましたので補助金を申請します。

事業所名		被保険者証 記号・番号	
受 診 者 住所・氏名	(住所) (氏名)	(生年月日) 昭 平 年 月 日	
実 施 年 月 日	令和 年 月 日		
医療機関名及び 所 在 地			
振込口座番号	信用組合 支店 普通 フリガナ 名義人		

【添付書類】 ①領収証書(原本又は写し) ②生活習慣病診断結果(写し) ③質問票

決 定 額 (健保記入)	
---------------------	--