

特定健康診査補助金請求書

令和 年度分	請求金額	円
--------	------	---

保険証の 記号番号	記号	番号
受診者氏名 (被扶養者に限る)		
受診者の 生年月日	昭和 年 月 日生 ※実施年度中に40歳以上74歳以下の方	

フリガナ			
振込先金融機関名	1.銀行 2.信用金庫 3.信用組合 4.農協	1.本店 2.支店 3.出張所	
口座種類	1.普通・2.当座	口座番号	

フリガナ	
口座名義 (被保険者)	

上記の補助金を請求いたします。

令和 年 月 日

住所 〒 -

被保険者の氏名

印

電話番号