

記載方法

決	理事長	常務理事	事務局長
裁			
平成	年	月	日決定

全てご記入
下さい
※印漏れにご注意下さい

人間ドック健診補助金支給申請書

被保険者番号	
受診者住所	
受診者氏名	
受診年月日	平成 年 月 日
受診医療機関名	

愛知県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

事業主組合員
従業員組合員
氏 名

住所

⑩

領 収 書

愛知県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

金 円

上記の金額正に領収いたしました。

平成 年 月 日

氏 名

金額・日付は
未記入

ご署名・ご捺印のみ

⑩