

主婦健診(自治体健診)補助金申請書

大阪読売健康保険組合理事長殿

■申請者(被保険者)

申請日	年 月 日			
フリガナ				
氏名				
勤務事業所 <small>※任意継続被保険者は記入不要</small>				
保険証の記号・番号	記号		番号	
住所	〒			
連絡先	電話	()	携帯電話	()

■受診者

フリガナ				
氏名				
住所 <small>※申請者と同じ場合は記入不要</small>	〒			
補助申請金額	円			
健診内容				

■補助金振込先(被保険者名義)

振込先	フリガナ		フリガナ					
	銀行		本店 支店 出張所					
	普通預金	口座番号						

・領収書は自治体発行の原本であること。コピーは不可。