

健康診断補助金（助成金）返納申出書

被保険者証 (組合員証) 記号番号		記号	・71 — ・72	番号	
組合員氏名					
受診者	氏名		生年月日	2 昭和 年 月 日 3 平成	
	電話番号	—	—	1 自宅 2 携帯 3 その他 [ ]	
返納申出対象機関等	健診機関名				
	健診区分	1 生活習慣病健診	2 人間ドック		
		3 特定健康診査	4 事業主診療所（室）健康診断		
	受診年月日	令和 年 月 日			
補助額 (返納額)	※分かる場合のみ記載してください 円		自己負担額	円	
他の健康診断	健診区分	1 生活習慣病健診	2 人間ドック		
		3 特定健康診査	4 事業主診療所（室）健康診断		
	受診年月日	令和 年 月 日	・受診	・受診予定	
返納申出理由	1 他の健康診断の利用補助（助成）を受けたいため。 2 その他 ( )				
<p>上記のとおり申し出ます。</p> <p>令和 年 月 日 円 —</p> <p>所在地</p> <p>事業所</p> <p>名称</p> <p>事業主 氏名</p> <p>全国土木建築国民健康保険組合 理事長 様</p>					