

## 家族特定健康診査補助金支給申請書

下記のとおり家族特定健康診査を実施したので補助金を交付されたく申請いたします。

令和 年 月 日

・記号／番号 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

・住 所 \_\_\_\_\_

・氏 名 \_\_\_\_\_

・胃検査 あり ・ なし

・受診日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

神奈川県管工事業健康保険組合  
理 事 長 石 田 隆 殿

※単価のわかる請求書(写)、領収書(写)、個人ごとの検査結果表(写)、特定健康診査質問票を添付してください。

※個人ごとの検査結果表(写)に問診(服薬の有無【血圧、血糖、脂質】、喫煙の有無)について記載があるときは、「特定健康診査質問票」は添付不要です。

※補助金をお振り込みするため、ご希望される本人名義の銀行口座情報をお書きください。  
(郵便局以外でお願いします)

希望する金融機関	支店名	預金口座名義	口座種類	口座番号
			普通 当座	