

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）

申請の期日	年 月 日			
フリガナ				
氏名	⑩			
勤務事業所 (任意継続者は記入不要)				
保険証の記号と番号	(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 (申請者と同じ場合は不要)	〒			
連絡先	電話	— —	携帯電話	— —
検診内容				

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	支店	
	普通預金	口座番号		
補助申請額（自治体健診の領収書に記載された額）				円

※領収書は自治体発行の原本であること。コピーは不可。