

## 健康診断補助金（助成金）返納申出書

記号・番号	記号	・71 — ・72	番号	
組合員氏名				
受診者	氏名		生年月日	5 昭和 7 平成 年 月 日
	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 3 特定健康診査	2 人間ドック 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)	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 3 特定健康診査	2 人間ドック 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 style="text-align: center;">年 月 日 印</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">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>				