

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 — | 番号 | | |
| 組合員氏名 | | | | | | |
| 受 診 者 | 氏 名 | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 住 所 | 〒 — | | | | |
| | 電話番号 | — — | | | | |
| 返 納 申 出 対 象 機 関 等 | 健診機関名 | | | | | |
| | 健診区分 | | | | | |
| | 健診コース | | | | | |
| | 受診年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 自己負担額 |
| 次回受診予定 | | 健診区分 | | | | |
| | | 受診予定年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日受診予定 |
| 返納申出理由 | | | | | | |
| <p>上記のとおり申し出ます。 平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 —</p> <p style="text-align: right;">所在地 事業所 名 称 事業主 氏 名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> <p>全国土木建築国民健康保険組合 関東事務所長 様</p> | | | | | | |

(注) 「返戻申出対象機関等」の「健診コース」欄は、健診区分が「3」の特定健康診査及び「4」の事業主診療所（室）健康診断の場合は記入不要です。