

従業員支払の場合

請 求 書

令和 年 月 日

沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿

住 所

医 療 機 関 名

医師組合員氏名 (自署)

健康診断助成事業助成金の請求について

下記のとおり健康診断を受診したので、助成金の請求をいたします。

請求額 円

被保険者番号	受診年月日	受診者氏名	受診医療機関名
沖医国	R 年 月 日		

注意事項

- 1) 医師国保加入の 39 歳以下の従業員組合員に対して 1 人当たり 7,270 円が限度となります。
- 2) 助成金申請期限は、受診日の属する年度の翌年度 5 月 10 日必着とします。
(例: 令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 31 日受診分は令和 7 年 5 月 10 日まで)
- 3) 医療機関が発行する領収書の写しを添付してください。

振込先口座

※従業員組合員名義の口座をご記入下さい。

銀行名	銀行	支店名	支店
口座番号	(普通 ・ 当座) No.	フリガナ	
		口座名義	