

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		
沖医国	R 年 月 日		
沖医国	R 年 月 日		
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(医師組合員名義口座のみ)

※原則、医師組合員は保険料引き落とし口座への振込となります。(その場合記入不要)

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	