

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 印

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
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	

※振込先金融機関

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	

※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。

※令和6年3月31日までの受診者を対象に助成します。

※領収書を添付してください。