

健康教室施設利用補助金支給申請書

【※切】
1月31日

下記の通り、健康教室の補助金を領収書(原本)を添えて申請します。

		申請年月日		令和	年	月	日	
被保険者番号	組合員氏名			生年月日	昭和・平成	年	月	日
井薬	―	事業所名	【電話】					
ご自宅住所	〒			【連絡先】				

※領収書(レシート)に下記1～5が記載されているか確認してください。
※記載内容等が不備・不明な書類は返戻させていただく場合がありますので、ご注意ください。
1、ご利用施設名 2、利用された方の氏名 3、ご利用金額 4、ご利用期間 (3カ月以上継続とわかるもの) 5、受講内容

※必ずご記入ください。 ※太枠線内は記入しないでください。

氏名	続柄	年齢	利用施設名	利用料金	※補助額
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
				円	円
				計	円

振込先	金融機関名	支店名	店番号	種別	口座番号
	銀行 信用金庫			当座 普通	

※振込手数料削減のため、**福井銀行各支店への振込**にご協力いただきますようお願いいたします。
※振込先等の記入漏れ、記入違いの場合は、お振込できない場合がございますのでよくお確かめ下さい。
※**ゆうちょ銀行は取扱いできません。**

口座名義	(フリガナ)

※組合使用欄(太枠内は、記入しないで下さい。) [受 付]

支給額	円
備考欄	

【領収書は裏面に貼り付けてください】

この申請書は下記住所へ郵送してください。
〒910-0016 福井市大宮6丁目13-6 セレクトビル202 福井県薬剤師国民健康保険組合事務局