（保健第５号様式）

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８年４月１日～令和９年３月３１日受診分は令和９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） №	フリガナ	
		口座名義	

Ver.25.03.21