

3 1 0 1

常務理事	事務長	課長	係員

被保険者・被扶養者記入用

健康診断部門 補助金支給申請書

① 申請者 (受診者) 情報	被保険者証	記号 [][][]	番号 [][][][][][]	昭和 平成	生年月日 [][][][][][]
	氏名	(フリガナ)			
	住所	(〒 -)			
	電話番号	TEL	()		
② 被保険者名義の振込先口座	金融機関名称	金融機関コード ()	銀行 金庫 信組 農協 漁協 店番 ()	本店 支店	
	支店名	その他 ()			その他 ()
	預金種別	普通 当座	口座番号	[][][][][][][][]	左づめでご記入ください
口座名義	▼カタカナで記入してください				
③ 受診項目情報	受診日	令和	[][] 年	[][] 月	[][] 日
	受診医療 (健診) 機関名				
	補助金支給申請を行う、項目に○をつけてください	<p>特定健康診査 人間ドックAコース 人間ドックBコース 脳ドック 前立腺がん 子宮がん 禁煙外来受診 禁煙補助剤購入 乳がん (マンモグラフィ)</p> <p>別紙「標準的な質問票」の添付が必要です</p> <p>(注) 健診結果はすべてのページの写しの添付が必要です</p>			

* 記入上の注意

- ①②③の項目はすべてご記入ください。
- 申請には、本申請書・健診結果 (写) ・領収書 (原本) ・標準的な質問票の添付が必要です。
- 振込先は被保険者名義の口座のみです。
- 支払われる補助金は検査内容等により減額が行われる場合があります。
- 各項目の補助対象者・対象年齢は当組合WEBサイトを参照してください。
- 補助可能受診期間は4月1日～翌年2月末日まで。3月の健診受診分は補助対象外です。
- **当年度に実施した補助金の申請期限は、当年度3月31日組合必着です。期限を過ぎたご申請につきましてはお支払できかねますので、ご注意ください。**
- 自治体の公的助成 (補助クーポン等) の併用はできません。
- 補助は年度内 (4月～翌年2月末) 1回のみです。ただし、脳ドックは2年度内1回。年2回以上補助を受けた場合は、補助金を返納いただく場合があります。

組合使用欄

--

受付日付印

--