

記入見本

3 1 0 1

被保険者・被扶養者記入用

常務理事	事務長	課長	係員

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 1	番号 9 9 9	昭和 平成	生年月日 3 0 0 1 0 1	
	氏名・印	(フリガナ) イリョウ タロウ 医療 太郎			印	自署の場合は押印は省略できます。
	住所	(〒 460 - 0011) 名古屋市 中区 大須 3 - 3 0 - 6 0				
	電話番号	TEL 052 (269) 3203				
② 被保険者名義の振込先口座	金融機関名称	金融機関名		銀行 金庫 信組 農協 漁協 支店名	本店 支店	
	支店名	支店名		その他 ()	その他 ()	
	預金種別	普通 当座	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0 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 イリョウ タロウ				振込先は「被保険者名義」の口座のみです。	
③ 受診項目情報	受診日	平成	2 9 0 1 0 1			
	受診医療 (健診) 機関名	愛知医療健康保険組合病院 健診センター				
	補助金支給申請を行う、項目に○をつけてください	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 乳がん (マンモグラフィ) 禁煙外来受診 禁煙補助剤購入 ↓ 別紙「標準的な質問票」の添付が必要です				

* 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*1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。
- 自治体の公的助成 (補助クーポン等) の併用はできません。

受付日付印

組合使用欄