

家族・任意継続被保険者健診補助金交付申請書

申請日 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日

会社名 事業所名	〇〇〇株式会社		保険証番号	〇〇〇 — 〇〇〇	
健診日 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 平成 年 月 日	被保険者氏名		健康 一郎 (印)		
	健診者氏名		健康 良子 (40歳)		
健診区分	(右の該当区分に〇印を願います)		特定健診・胃健診・子宮癌健診・乳癌健診		
市町村名又は 健診機関名	〇〇〇〇病院		健診費用	0,000 円	
被保険者 振込口座 (郵便局不可・ 該当機関に〇)	銀行 信金 信組 農協	〇〇	普通口座番号	フリカ・ナ	ケンコウ イチロウ
	支店 出張所	〇〇〇〇〇〇〇〇	名義	健康 一郎	
※被保険者本人の口座でないとお振込出来ません(家族の振込口座指定は不可です)					

添付書類 領収書(コピーは不可) 受診者の氏名と健診項目・金額等が確認できるもの(健診項目が確認できない領収書の場合は健診項目・金額が確認できる書類の添付か自分で明細を記入願います)
 ※ 特定健診受診の場合は必ず健診結果のコピーを添付(40歳以上)
 ※ 健診結果の添付がない場合は補助金交付対象にならない場合があります。

[注] 健診区分および補助金交付申請できるのは次の方々です。

健診区分	補助金交付申請資格者	健康保険組合補助金限度額
※特定健診 胃健診	住民健診または医療機関で健診した被扶養者の方々 (申請者および振込先は被保険者)	3,000 円
子宮癌健診 乳癌健診	30才以上の被扶養者の方々 (申請者および振込先は被保険者)	3,500 円

1. 大腸癌健診・肺癌健診等は補助金交付対象外です。(領収書に含まれている場合は明細をご記入下さい)

2. 健康保険証を使用した場合の検診は、医療行為となり補助金の対象外です。

(領収書に含まれている場合は明細をご記入下さい)

3. 人間ドックで費用の中に子宮・乳癌健診の費用が含まれる場合は、人間ドック申請書とこちらの家族健診補助金申請書の2部で申請下さい。(但し、子宮・乳癌健診明細が領収書で確認できる場合以外は受診したと判るもの(健診結果表)等の添付が必要です。)

常務理事	課長	経理	担当者	交付決定金額
				円
				交付執行日
				平成 年 月 日

