

保健事業補助金等 支給申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係

保険証記号	〇〇〇
-------	-----

決定額									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

●太枠内に必要事項をご記入ください。

申請する補助金に○をつけてください。(申請書は補助金ごとに必要です)

1.定期健康診断(同時実施消化器検診含む) 2.消化器検診 3.人間ドック(脳オプション・脳単独・全身がん・62歳節目)
4.自治体がん検診 5.インフルエンザ 6.ウォーキング大会等参加費

被 保 険 者	〒	〇〇〇-〇〇〇〇	電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	住 所	〇〇県〇〇市〇〇〇町〇〇〇-〇〇〇		
	氏 名	埼玉 太郎		
事業所名	※任意継続被保険者は記入不要です		株式会社 〇〇〇〇〇〇	
委任状	※被保険者の署名又は記名が必要です		この補助金の受領を上記事業所に委任します。 氏 名 埼玉 太郎	

- 注) 1. この申請書は、個人で申請手続きをするための用紙です。
 2. 補助金は事業所の指定口座に振り込みますので委任状欄へ被保険者の署名が必要です。
 3. 申請書は各補助金ごとに作成してください。1枚の申請書で複数の補助金申請はできません。
 4. 定期健康診断と同時実施した消化器検診料金、人間ドックの脳ドックオプション検診料金については、検診料金欄の下段に記入してください。
 5. 記入誤りには二重線を引き、上から訂正印を押印してください。(修正テープは使用しないでください。)
 6. 添付書類等は、申請前に申請書裏面または当組合HPにて必ずご確認ください。

【問合せ先】保健事業課 電話048-643-5164

No.	保険証番号	対 象 者		受診日・実施日	検診料金・参加費	支 給 額
		被 保 険 者	被 扶 養 者			
1	〇〇〇	埼玉 太郎		9/15	500円	
2	〇〇〇	〃	埼玉 花子	10/ 5	2,400円	

◆複数のがん検診を受診している場合も、一行に纏めて申請してください。

受診日・実施日……最初に受診したがん検診の実施日
 検診料金・参加費…受診したがん検診の自己負担金の合計
 (※がん検診以外にかかった費用は除く)

例) 埼玉 花子の場合
 乳がん検診 :10/5実施 自己負担1,000円
 子宮がん検診:11/1実施 自己負担1,400円 合計 2,400円

※ この用紙

確 認	
-----	--