

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 7.特定保健指導

補助金申請手続き及び受領につき、下記被保険者から同意・委任を受けましたので申請します。

事業所名称 **株式会社** 〇〇〇〇〇

及び事業主名 **代表** 〇〇 〇〇

- 注) 1. この申請書は、事業所で取りまとめて申請手続きをするための用紙です。この用紙で申請する際は、補助金申請手続き及び補助金受領について被保険者の同意・委任が必要です。
2. 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。
3. 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。
4. 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。)
5. 添付書類等は、申請前に申請書裏面や当組合HP、または事業所配付の実施要領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 | | 5/1 | | |
| 2 | 〇〇〇 | 〃 | 埼玉 花子 | 10/5 | | |
| 3 | 〇〇〇 | 健保 一郎 | | 10/20 | 胃部検査 6,500円 | |
| | | | | / | | |
| | | | | / | | |
| | | | | / | | |
| | | | | / | | |
| | | | | / | | |

◆検診料金欄について

【定期健康診断のみ申請する場合】
検診料金欄の記入は不要です。

【同時実施の消化器検診も合わせて申請する場合】
検診料金欄下段に消化器検診料金の内訳を記入してください。

| | |
|----|--|
| 確認 | |
|----|--|

※10名を超える場合は継紙をご利用ください。