

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	○○○
-------	-----

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 ○○○○○
及び事業主名	代表 ○○ ○○

- 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	○○○	埼玉 太郎		6/19	12,000円	
2	○○○	健保 一郎		7/25	10,500円	
				/		
				/		
				/		
				/		
				/		
				/		
				/		
				/		

確認	
----	--

※10名を超える場合は継紙をご利用ください。