【事業所】

No.

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(脳ｵﾌﾟｼｮﾝ・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 被保険者	対象者 被扶養者	受診日・実施日	検診料金・参加費	支給額
1	○○○	埼機　太郎		5/ 1	500円	
2	○○○	〃	埼機　花子	10/ 5	2,400円	
3	○○○	健保　一郎		10/20	1,600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）埼機 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

※10名を超える場合は継紙をご利用ください。

確認	

※当組合が使用するため押印しないでください。

埼玉機械工業健康保険組合（06.04.01）