

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		11/20	4,000円	
2	〇〇〇		埼玉 健太	11/20	4,000円	
3	〇〇〇	健保 一郎	健保 裕子	11/ 1	1,500円 1,500円	
				/		
				/		
				/		
				/		
				/		
				/		

2回分を合算し提出される場合は
1回目の接種日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。