《個　人》

No.

常務理事	事務長	課　長	係　長	係

保健事業補助金等 支給申請書

●太枠内をご記入ください。

記　号	○○○

決定額								

申請する補助金種別に○をつけてください。（申請書は補助金種別ごとに必要です）

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. 自治体がん検診　4. インフルエンザ
5. 人間ドック［ドック・62歳節目・脳ドック　ｵﾌﾟｼｮﾝ脳ドック・全身がん］　6. ウォーキング大会等参加費

被保険者	住　所	〒○○○－○○○○　電話番号○○○（○○○○）○○○○ ○○県○○市○○○町○○○－○○○
	氏　名	埼機　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　○○○○○○
委任状	※被保険者の署名が必要です	この補助金の受領を上記事業所に委任します。 氏　名　埼機　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。この用紙で申請する際は、［委任状］欄へ被保険者の署名が必要です。
2　補助金は事業所指定口座へ振り込み、事業所から皆様へお支払いするようお願いしております。申請状況を把握するために事業所経由で申請するよう指示がある場合は、事業所担当者へご提出ください。
3　定期健康診断と同時実施した消化器検診料金と人間ドックのオプション脳ドック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　記入誤りは二線で消し、正しく書き直してください。（修正テープ使用不可）
5　補助要件や添付書類等については、申請前に申請書裏面や当組合ＨＰにて必ずご確認ください。

No.	番　号	対象者氏名 被保険者	対象者氏名 被扶養者	実施日	検診料金・参加費	支給額
1	○○○	埼機　太郎		5/1	40,000円	
2	○○○	〃	埼機　花子	5/1	45,000円 30,000円	

◆脳ドック以外のオプションにかかった料金は、人間ドックと合算して上段にご記入ください。
◆オプション脳ドックにかかった料金は、人間ドックに合算せず下段にご記入ください。

例）埼機　花子 が人間ドック(40,000円)、脳ドック以外のオプション(5,000円)及びオプション脳ドック(30,000円)を受診し、合計75,000円支払った場合

【記載の仕方】　人間ドック（上段）　：45,000円
オプション脳ドック（下段）　：30,000円

※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（07.04.01）