【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

●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

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　定期健康診断と同時実施した消化器検診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。
3　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）
4　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、実施要領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		11/20	4,000円	
2	○○○	〃	埼機　健太	11/20	4,000円	
3	○○○	健保　一郎	健保　裕子	11/1	3,000円	
				/		
				/		
				/		

◆1回目と2回目の接種を併せて申請される場合は、一行に纏めてご記載ください。
実施日：　1回目の接種日
検診料金・参加費：1回目と2回目の支払金額（合計）

例）健保　裕子の場合
1回目：11/1　実施　支払金額 1,500円
2回目：11/28 実施　支払金額 1,500円　合計 3,000円

※10名を超える場合は継紙をご利用ください。

確認	

※当組合にて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）