

健保受付：令和 年 月 日

健診補助金申請書

(契約外診療機関等で受診の場合)

健保記入欄	健診補助金額		常務理事	事務長	担当
	人間ドック	円			
	オプション	円			
	その他健診	円			
	計	円			

(該当する欄に○を記入して下さい。)

人間ドック	<input type="checkbox"/>	その他健診	<input type="checkbox"/>	事業所												
申請日	令和			被保険者等 記号・番号	—	氏名				所属	部 室・工場					
住所	〒		—					電話番号	勤務先 (外線番号)		—	—				
					自宅		—		—							
氏名	区別	生年月日				年齢	健診日				前回の健診日			健診内容 (人間ドックの場合はオプション検査)		
		年	月	日	年		月	日	年	月	日					
	被保険者	昭和 平成					令和					平成 令和				
	被扶養者 (配偶者)	昭和 平成					令和					平成 令和				

① 人間ドックの場合 「健診料・オプション検査料が明記された領収書(原本)」と「健診結果表(コピー)」を申請書に添付して下さい。

※ 40歳以上の方は「特定健診結果表(コピー)」を添付して下さい。

② その他健診の場合 「健診料が明記された領収書(原本)」を申請書に添付して下さい。

③ 補助金の支払について 毎月20日締切、翌月被保険者の給与で給付します。

任意継続の場合、毎月20日締切、月末に郵便局の保険料引去り口座に振り込みます。