常務理事	事務長	課　長	係　長	保健師	係　員

健康診査補助金支給申請書

記号	番号	被保険者氏名	生年月日	性別
			昭和・平成 年　月　日	男 女
住所	〒　－ ☎　（　）			
事業所名				

健診実施日	令和　年　月　日		
実施健診機関名			
健診種目	1．一日人間ドック　2．生活習慣病ドック（健診）		
健診費用	円（税込額）		
被扶養者が受診の場合	被扶養者氏名	生年月日	続柄
		昭和・平成　年　月　日	

＊組合補助金を事業所の口座に振込む場合は、下段の「委任状」欄にも記入してください。

補助金振込先 （金融機関） ※被保険者本人口座のみ	銀行・信用組合・信用金庫　支店		
	普通預金・当座預金・	口座番号	No.
	（フリガナ） 口座名義		
委任状	上記「健康診査補助金」の受領を（事業所名） に委任いたします。 委任者（被保険者）氏名		

支給決定年月日	令和　年　月　日
支給年月日	令和　年　月　日
支給決定金額	円

受付年月日

＊申請書には、①健診費用領収書（写）②健診結果表（写）③特定健康診査等問診表　を添付してください。

なお、オプション検査費用は、補助金対象外となります。

7.4 改