

添付書類を添えて健康診断の補助金を申請します。
なお、申請書類等の内容につきましては、個人情報に該当するため、別添の健康診断受診者一覧表の受診者本人から、同意を得て申請しております。
任意継続の方は、「健康診断等における個人情報の取扱いについて」をお読みいただき同意の上、氏名欄にご記入ください。
（氏名の記入は、同意と申請を兼ねます。）

【注意事項】
※太枠内はすべてご記入ください。
※個人で補助金支給申請をする場合、重複受診（申請）防止のため事業所担当者に確認の上、ご提出をお願いします。
※補助金支給申請書は、健診機関、受診年度、送金先ごとに作成ください。

申請日 令和7年2月15日

被保険者等 ※必ずご記入ください		事業所	名称	株式会社 電子
記号	番号		所在地	東京都台東区雷門1-13-8
77	200		事業主名または 任意継続被保険者氏名	代表取締役 電子 太郎

健診種目 ※該当種目に○をしてください。下記金額が補助金の限度額です							
簡易生活習慣病予防健診	11,000円	オプション健診 ※左欄健診とは別に年度内1回受診可	胃健診(35才未満)	間接撮影	4,180円		
生活習慣病予防健診	18,700円		子宮がん健診	直接撮影	11,000円		
○ 1日人間ドック	35,200円		乳がん健診	子宮細胞診	2,750円		
主婦簡易生活習慣病予防健診	11,000円			乳房超音波	3,630円		
主婦生活習慣病予防健診	18,700円			乳房マンモグラフィー	4,400円		
主婦1日人間ドック	29,700円						

受診年度	6	年度	健診実施日	令和7年2月1日
------	---	----	-------	----------

健診機関名		雷門クリニック				電話番号	03-3333-3333				
送金先	金融機関名	(フリガナ) アサクサ 浅草				銀行コード番号	0 0 1				
	店名	(フリガナ) アサクサカミナリモン 浅草雷門				店番コード番号	0 0 0 1				
	預金種目	普通	口座番号	0 0 0 0 0 0 1				口座名義	(フリガナ) デンシ タロウ 電子 太郎		

※ この申請書に関する問い合わせ先【必ずご記入ください】			
事業所担当者氏名	総務課 電子	電話番号	03-5555-5555

□に必ずチェックし、申請前に添付書類が揃っているか確認をお願いします
下記の書類がすべて揃っていない場合、申請を受理いたしません

- ☒ 健康診断受診者一覧表【健診様式N】
- ☒ 健康診断問診票【健診様式O】(申請者全員分が必須です)
- ☒ 健康診断結果報告書(実際に受けた項目を確認する為、数値まで記載あるもの。写し可)
- ☒ 健康診断結果報告書は、健康診断受診者一覧表【健診様式N】の順に並べてご提出ください
- ☒ 受診者氏名の記載のある領収書原本
- ☒ 振込の場合は、受診者氏名及び健診費用が分かる支払内訳書や請求明細書等の写し

※組合記入欄								
支給額	千	百	十	万	千	百	十	円
内訳								受付

◎組合負担による健康診断は、一人年度内(4月1日)翌年3月31日まで一回一種目です。