

健康診断補助金支給申請書 (契約外健診機関)

※この申請書は、正・副2枚とも組合に提出してください。

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3年7月1日

被保険者証 ※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			直接撮影	11,000円
○ 1日人間ドック	35,200円		子宮がん健診	子宮細胞診	2,750円
主婦簡易生活習慣病予防健診	11,000円		乳がん健診	触診	1,650円
主婦生活習慣病予防健診	18,700円			乳房超音波または乳房マンモグラフィー	2,750円
主婦1日人間ドック	29,700円				

受診年度	3	年度	健診実施日	令和3年7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	1. 銀行 2. 信金 3. 信組 4. 農協	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	1. 本店 2. 支店 3. その他( )	店番コード番号	0 0 0 1
	預金種目	普通 当座	口座番号	0 0 0 0 0 0 1	口座名義

※ 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
- 領収書原本(振込の場合は支払等が確認できる書類)
- 3名以上の補助金申請には、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								

◎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。

健康診断補助金支給申請書 (契約外健診機関)

※この申請書は、正・副2枚とも組合に提出してください。

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3年7月1日

被保険者証 ※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			直接撮影	11,000円				
○ 1日人間ドック	35,200円		子宮がん健診	子宮細胞診	2,750円				
主婦簡易生活習慣病予防健診	11,000円		乳がん健診	触診	1,650円				
主婦生活習慣病予防健診	18,700円			乳房超音波または乳房マンモグラフィー	2,750円				
主婦1日人間ドック	29,700円								
受診年度	3 年度		健診実施日	令和3年7月1日					
健診機関名	雷門クリニック			電話	03-3333-3333				
送金先	金融機関名	(フリガナ) アサクサ 浅草	1. 銀行 2. 信金 3. 信組 4. 農協	銀行コード番号	0 0 1				
	店名	(フリガナ) アサクサガミナリモン 浅草雷門	1. 本店 2. 支店 3. その他( )	店番コード番号	0 0 0 1				
	預金種目	普通 当座	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
- 領収書原本(振込の場合は支払等が確認できる書類)
- 3名以上の補助金申請には、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。