

## 【被保険者】健康診断(契約外)補助金申請書

下記の通り「健康診断」を受診しましたので、補助金申請を致します。

申請日	西暦		年		月		日			
受診医療機関名										
健診受診年月日 (当年度4月～12月末日まで)	西暦		年		月		日			
健診費用総額							円 (消費税込)			
実施被保険者名	男(		)人	/	女(		)人	合計(		)人
↓被保険者番号順に記入してください										
記号	—	番号	氏名	記号	—	番号	氏名			
1)	—			6)	—					
2)	—			7)	—					
3)	—			8)	—					
4)	—			9)	—					
5)	—			10)	—					
事業所証明欄	事業所名									
	事業主名							①		
	担当者部署・氏名							①		
	連絡先(電話番号)							—		

※青色の部分をご記入ください

### 【請求上の注意】

右記のいずれかに該当する方は補助金の請求ができません	1、受診当日に、当組合の資格のない方 2、当年度(4月～12月)において、既に「健康診断」を受診された方 3、当組合指定の各健診の受診資格要件(対象者や対象年齢)に該当しない方 4、当組合で指定した検査項目を受診していない方 5、保険診療で受診(保険証を提示して3割負担での受診)した方 6、人間ドックを受診された方(人間ドックは鈴与健保直契約か健保連契約先に限ります)
申請期限	※当年度(4月～12月)の受診分→当年度1月末日まで 例:R2.8.1受診の場合、R3.1.31が締切です
添付書類	健診機関発行で受診者のわかる「領収書(コピー可)」と「健診結果表(コピー可)」、「問診票(鈴与健保用)」
注意事項	領収書は健診内容が記載されていること。記載されていなければ明細書添付をお願いします。
申請先	各事業所の安全衛生担当者
補助金の振込について	鈴与健保から事業所に振込をします。各人には事業所から振込をお願いいたします。

この申請書と添付書類に記載された皆さまの個人情報は、補助金支給または組合保健事業の企画運営のために使用し、他の目的のためには使用しません

### 【組合使用欄】

補助額	円
振込日	

常務理事	事務長	経理	健康管理室