

【任意継続者】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
被保険者証の記号—番号	事業所名			性別
78 —	任意継続			
被保険者氏名	フリガナ			
			⑨	年齢
住所	〒	—		
日中ご連絡先		—	—	
生年月日	昭和	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)

補助金の振込口座は、被保険者ご本人の名義の銀行口座(種目:普通)となります。

銀行コード	銀行名	支店コード	支店名	口座番号(右詰で記入)
	フリガナ		フリガナ	

※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康保険組合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方宛での「領収書(コピー可)」と「健診結果表(コピー可)」、「問診票(鈴与健康保険用)」
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	〒424-0942 静岡県静岡市清水区入船町8-20 鈴与健康保険組合 健康管理室(054-354-1190)

この申請書と添付書類に記載された皆さまの個人情報、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