

【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 | 平成 26 年 8 月 1 日 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号—番号 | 78 — 1234 | | | | | | 事業所名 任意継続 | | | | | | 性別 男 |
| 被保険者氏名 | フリガナ シミズ タロウ | | | | | | | | | | | | 年齢 |
| | 清水 太郎 ㊞ | | | | | | | | | | | | 65 歳 |
| 住所 | 〒 123 — 4567 静岡県清水区入船町3-33 | | | | | | | | | | | | |
| 日中ご連絡先 | 1 | 2 | 3 | — | 4 | 5 | 6 | 7 | — | 8 | 9 | 0 | 1 |
| 生年月日 | 昭和 20 年 2 月 1 日 | | | | | | | | | | | | |
| 受診医療機関名 | 鈴与健康センター | | | | | | | | | | | | |
| 健診受診年月日 (当年度4月~12月末日まで) | 平成 26 年 9 月 1 日 | | | | | | | | | | | | |
| 健診費用総額 | 13,000 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) | | | | | | |
|-------|---|---|---|--------------|----|-------|---|---|-------------|----|-------------|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 4 | 9 | フリガナ シズオカ | 静岡 | 1 | 4 | 1 | フリガナ シミズ | 清水 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

※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:H24.8.1受診の場合、H25.1.31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(鈴与健康保用)」 |
| 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】

| | |
|------|---|
| 健診種別 | |
| 補助額 | 円 |
| 振込日 | |

| | | | |
|------|-----|----|-------|
| 常務理事 | 事務長 | 経理 | 健康管理室 |
| | | | |