

記入例

健康診査等補助金申請書

< 事業所用 >

事業所記号		0 0 0 0				受診項目 (該当する項目に○をつけてください)		
健康保険 被保険者証 番号	受診者氏名	本人 ・ 家族	年齢	受診年月日	健康診査	健康診査と同時受診 または、単独受診の項目		
						乳がん 検査	子宮がん 検査	
1	999	神電 一郎	本・家	42	3年 5月 10日	○		
2	999	神電 幸子	本・家	38	3年 5月 10日		○	○
3	1111	健保 花子	本・家	47	3年 5月 20日	○	○	○
4	2222	健保 菊子	本・家	22	3年 5月 20日		○	○
5			本・家		年 月 日			
6			本・家		年 月 日			
7			本・家		年 月 日			
8			本・家		年 月 日			
9			本・家		年 月 日			
10			本・家		年 月 日			
11			本・家		年 月 日			
12			本・家		年 月 日			
13			本・家		年 月 日			
14			本・家		年 月 日			
15			本・家		年 月 日			
特定健診データ情報提供料(該当がある場合のみ記入)					2人	1,000円		

- 健康診査の補助の対象は、受診日の属する年度末現在の年齢が満35歳以上の被保険者、被扶養者となります。ただし、乳がん検査・子宮がん検査の補助の対象については、年齢による制限はありません。
- 各項目の補助は、それぞれ年度内1回に限ります。
- この申請書に、領収書(写)、請求書(明細・内訳)(写)、検査結果通知書(写)を添付してください。ただし、個人別の費用明細を明らかにできる書類を添付する場合は、検査結果通知書(写)を省略することができます。
- 補助金の振込みについては、届出の「保険給付金等受領委任届」による受任者指定口座に振込みます。
- 乳がん、子宮がんの腫瘍マーカー検査および労働安全衛生法に定める特殊健診については、補助対象外です。
- 事業所及び健康保険組合は、当該申請書の個人情報の秘密を厳守いたします。

上記のとおり、補助金を申請します。

令和 3年 6月10日

神奈川県電子電気機器健康保険組合理事長 殿

(事業所名称) ○○○○株式会社

(事業主氏名) 代表取締役社長 ○○ ○○

(担当者氏名) △△ △△

(電話番号) ○○○-○○○-○○○○