

(健保使用欄)

常務理事	事務局長	課長	係長	係	資格照合	起案	.	.
						決裁	.	.
決定額		¥ _____				摘要		

平成29年度 保健事業補助金支給申請書

受(検)診年月日	平成		年		月		日	
受(検)診機関	名称							
	所在地 (市区町村まで)							
	T E L	()	-			
受(検)診に要した費用 (料金の総額)					円(税込)			

上記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

※自治体がん検診の場合は下記(自治体がん検診内訳)に金額の記入をお願いします。

保険証記号 - 番号

事業所名

被保険者氏名

受診者氏名

(生年月日) 昭和 年 月 日 (該当年齢) 平成 年 月 日 歳

受診者住所

川口工業健康保険組合理事長 殿

委任状

事業主を代理人として健康保険組合より支給される補助金の受取方の件を委任いたします。

被保険者 氏名

下記の申請するものに1つ☑を入れて下さい。

人間ドック

脳ドック

自治体がん検診

自治体等歯科健診

◇ 必要書類については別紙の補助金支給要領の通りとなります。

●添付書類

	支給申請書	領収書 (原本)	健診結果 (全てコピー)	質問票 40歳~74歳	市報等の 健診条件が確 認できるもの	申請者名簿 (複数の場合)
人間 or 脳ドック	○	○	○	○	/	/
自治体がん or 歯科	○	○	/	/	○	/

●自治体がん検診内訳

胃がん	円	子宮がん	円
大腸がん	円	乳がん	円
前立腺がん	円	合計	円
肺がん	円		円

※ 領収書は返却致しませんので、必要な場合は、領収書等原本とそのコピーの両方を提出して下さい。

確認後、お返しいたします。

(ネットバンキングで支払をした場合は、支払いをした証明と請求明細書(内訳)の写しを添付して下さい。)

※ 申請の提出期限は平成30年3月31日必着です。

※ 全ての補助金は、100円未満切捨てで支給いたします。

※ 計画的な健診で、重複受診は控えましょう。

◎ この申請による補助金は、事業所を経由して支給します。

(任意継続の方は、任継手続時の指定口座に振込みますので、委任状は不要です)

◎ 個人情報につきましては、当健保組合の個人情報保護管理規程に管理され、目的以外に使用することは致しません。

受付印