

（
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		

令和3年度 保健事業補助金支給申請書

受検年月日	令和 年 月 日	
実施機関	所在地	
	名称	
	電話	TEL - -
費用(合計)	円(税込)	
川口工業健康保険組合 理事長 殿 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。 <input type="checkbox"/> 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。(任継の方は、左の✓欄は記入不要) 令和 年 月 日 保険証記号 - 番号 _____ 事業所名(勤務先名) _____ 被保険者氏名 _____ 受診者氏名 _____ 受診者生年月日 昭和 _____ 年 月 日 該当年齢(歳) 住 所 〒 - _____ (TEL - -)		

●押印廃止に伴う確認欄 (確認後、確認欄に✓をご記入下さい。)
 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

下記の申請するもの1つにを入れてください。◆区分ごと、年度1回限りの申請となります。

申請する際は、ドック・自治体がん検診・自治体歯科検診の区分ごとに分けて申請してください。

✓欄	区分	健診の種類	受診日	健診料金	精密検査や事後処置の指示等の要・不要 要の方は、必ず医療機関を受診してください。
<input type="checkbox"/>	ドック	人間ドック	/	円	要 (年 月受診済・予定) / 不要
<input type="checkbox"/>	※注1	脳ドック	/	円	要 (年 月受診済・予定) / 不要
<input type="checkbox"/>	自治体がん検診	前立腺がん	/	円	要 (年 月受診済・予定) / 不要
		大腸がん	/	円	要 (年 月受診済・予定) / 不要
		胃がん	/	円	要 (年 月受診済・予定) / 不要
		肺がん	/	円	要 (年 月受診済・予定) / 不要
		乳がん	/	円	要 (年 月受診済・予定) / 不要
		子宮がん	/	円	要 (年 月受診済・予定) / 不要
<input type="checkbox"/>	自治体歯科	歯科検診	/	円	要 (年 月受診済・予定) / 不要

※注1 人間ドック・脳ドックの申請はいずれかになります。又、特定健康診査項目が含まれていることをご確認ください。
 健診結果より生活改善の必要な方には、保健指導業務委託業者から保健指導のご案内をいたしますので、ご了承の上受診願います。

＜添付書類＞ 必ず、内にのご記入をお願いします。

	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	健診条件(年齢・金額) が確認できるもの (コピー可) ※注2
人間ドック 脳ドック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自治体がん検診 自治体歯科検診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

受付印

尚、領収書については、原本のみの添付となります。予めご了承願います。

※注2 自治体から送付される「がん検診などの受診券」や「がん検診のご案内」などをコピー

○申請期限は、令和4年3月31日組合必着です。

○この申請による補助金は、事業所を経由して支給いたします。(任継の方は、任継手続時の指定口座に振込みます。)

○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則り管理され、目的以外に使用することは致しません。