

配

支払額	常務理事	係	
¥			

健保記入欄

被扶養配偶者 健康診断 費用補助金申請書

西暦 年 月 日 提出

被保険者証	記号	番号	
事業所名称			
被保険者の氏名	(印)		
被保険者の生年月日	西暦	年 月 日	生
受診者名	(印)		続柄
受診者生年月日	西暦	年 月 日	生 (申請資格) 当年度30歳以上の方
受診者現住所	〒 - Tel - -		
健診受診日	西暦	年 月 日	
健診料			円 (領収書添付の無いものは無効です)

提出書類	以下提出書類の注意事項を確認し、チェックを入れてください。	
申請書	<input type="checkbox"/>	健康診断の申請書はこの用紙になります。必要事項にもれなくご記入ください。 オプション検査を受診された場合には、別途専用の申請書が必要です。(脳・肺検査、子宮がん・乳がん検査)
	<input type="checkbox"/>	申請書の捺印箇所 2箇所 に、捺印ください。
健康診断結果	<input type="checkbox"/>	健診結果 コピー を送付ください。原本を送付された場合には、お返しできません。
領収書	<input type="checkbox"/>	健診機関の受診領収書の原本(実施健診機関名・受診日・実施健診名・受診者氏名(戸籍名)が明記されているもの)を送付ください。また、健診機関の印鑑がないものは無効となります。 オプション検査を受診された場合には、その内訳が入った明細が必要になります。
特定健診質問票 (40歳以上の方)	<input type="checkbox"/>	トーキHP掲載の特定健診質問票をご参照の上、 ・40歳以上で 健診結果に掲載のある 場合 : 提出不要です。 ・40歳以上で 健診結果に掲載のない 場合 : 同封の質問票にご記入の上、ご提出ください。 ・39歳以下の方 : 提出不要です。

振込先金融機関名		支店名	
銀行 金庫 組合 農協		支店	
預金種目	口座番号	口座名義	フリガナ
1 普通 2 当座	-		

この申請書は、当年度30歳以上の被扶養者である配偶者専用です。

注意事項 : 補助金限度額 配偶者: 25,000円迄

受診期間: 当該年度内4月1日～翌年3月31日 当年度1回かぎり申請可能です。

記入方法 赤枠を埋めて下さい。	支払額	堂務理事	係	
	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red;"> 健保記入欄です。 記入しないでください。 </div>			
健保記入欄				

被扶養配偶者 健康診断 費用補助金申請書

申請書の提出日をご記入ください。

西暦 2019 年 5 月 1 日

被保険者証	記号	11	番号	9999			保険証の記号・番号をご記入ください。	
事業所名称	株式会社 イトーキ							
被保険者の氏名	健保 太郎						印	被保険者の氏名、生年月日をご記入ください。 被扶養配偶者の氏名、生年月日は、受診者の枠に記入ください。
被保険者の生年月日	西暦	1970	年	1	月	1	日	印鑑も
受診者名	健保 花子						印	続柄 妻
受診者生年月日	西暦	1975	年	3	月	3	日	(申請資格) 当年度30歳以上の方
受診者現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇県△△市□□町5-5-5							
健診受診日	西暦	2019	年	4	月	1	日	被保険者と被扶養配偶者が別住所にお住いの場合は、被扶養配偶者の現在住まれている住所をご記入ください。
健診料	30,000			円	(領収書添付の無いものは無効です)			

被保険者の氏名、生年月日をご記入ください。被扶養配偶者の氏名、生年月日は、受診者の枠に記入ください。

被保険者と被扶養配偶者が別住所にお住いの場合は、被扶養配偶者の現在住まれている住所をご記入ください。

健診を受診した日付をご記入ください。(領収書に書かれてある日付とは違う場合がございますので、ご注意ください。)

提出書類	以下提出書類の注意事項を確認し、チェックを入れてください。	
申請書	<input checked="" type="checkbox"/>	健康診断の申請書はこの用紙になります。必要事項にもれなくご記入ください。オプション検査を受診された場合には、別途専用の申請書が必要です。(脳・肺検査、子宮がん・乳がん検査)
	<input checked="" type="checkbox"/>	申請書の捺印箇所 2箇所 に、捺印ください。
健康診断結果	<input checked="" type="checkbox"/>	健診結果コピーを送付ください。原本を送付された場合には、お返しできません。
領収書	<input checked="" type="checkbox"/>	健診機関の受診領収書の原本(実施健診機関名・受診日・実施健診名・受診者氏名(戸籍名)が明記されているもの)を送付ください。また、健診機関の印鑑がないものは無効となります。オプション検査を受診された場合には、その内訳が入った明細が必要になります。
特定健診質問票(40歳以上の方)	<input checked="" type="checkbox"/>	イトーキHP掲載の特定健診質問票をご参照の上、 ・40歳以上で 健診結果に掲載のある 場合：提出不要です。 ・40歳以上で 健診結果に掲載のない 場合：同封の質問票にご記入の上、ご提出ください。 ・39歳以下の方：提出不要です。

書類に不備がある場合には、入金が遅くなる場合がございますので、確認して提出ください。

振込先金融機関名		支店名	
〇〇 銀行 金庫 組合 農協		△△ 支店	
預金種目	支店コード	口座番号	フリガナ
(普通) 2当座	123	- 1234567	ケンポ ハナコ
		口座名義	健保 花子

入金をご希望される口座をご記入ください。

この申請書は、当年度30歳以上の被扶養者である配偶者専用です。
 注意事項：補助金限度額 配偶者:25,000円迄
 受診期間: 当該年度内4月1日～翌年3月31日 当年度1回かぎり申請可能です。