

自治体健診助成金申請書

新日鐵住金健康保険組合 御中

提出日： 年 月 日

健診結果(コピー)と健診時の領収書(原本)を添付のうえ、下記のとおり申請します。

※太枠内にご記入下さい。

健康保険被保険者証										被保険者氏名									
記号					番号(右づめ)					印									
会社名・所属					会社名： 所 属：					職場 TEL									

受診者氏名		生年 月 日	昭和・平成 年 月 日	年齢		続柄	
住所	〒 自宅TEL：						
受診年月日	年 月 日			健診場所			

※この申請書に記載されている受診者の個人情報につきましては、自治体健診助成金支給事務にのみ使用します。

検査項目	金額	検査項目	金額
胃がん	円	子宮がん	円
大腸がん	円		円
乳がん	円		円

※受診された検査項目に金額をご記入下さい。その他検査を受診された場合は空欄にご記入下さい。

受診料合計	円	助成金金額	(受診料の9割※10円未満切り上げ) 円
-------	---	-------	-------------------------

振込先(被保険者本人名義の口座をご指定ください。)

フリガナ																
口座名義人																
金融機関	フリガナ									預金種目	普通 ・ 当座					
	銀行 信用組合 信託銀行 労働金庫 信用金庫 農協				支店 出張所				口座番号 (右づめ)							
	金融機関 コード					支店 コード										