

健 保 決 裁 欄	常務理事	検	検	担当者
-----------------------	------	---	---	-----

受付印

## 保健事業費各種補助金支給申請書

サンヨー連合健康保険組合 理事長 殿

支給決定額

円

(太枠内をご記入ください)

被保険者証 記号・番号	9020 - 98765	被保険者 氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎
住所	〒 570 - 9999 TEL 06 ( 9999 ) 9999 大阪 都道 守口市〇〇町7丁目7-7 ×〇ハイツ101		

申請者記入欄 (必ずご記入ください)				健康保険組合記入欄		
受診者名	続柄	受診項目	領収書の金額 (円)	補助金対象額 (オプション料除く)	上限までの金額 (人間ドック以外)	補助金支給額 (円)
健康 花子	配偶者	人間ドック	28,000			
領収書の金額をご記入ください。 健康保険証を使用して受診された場合は 申請できません						
従業員の方で胃部内視鏡を受けた方は胃部X線を選択しなかった理由を記入してください						

被保険者の 振込先	金融機関名	〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協	<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所								
	口座名義	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎	口座 番号	△△△ (店番号 999)								
ゆうちょ銀行への振込は取扱いができません				普通	右詰めでご記入ください	1	2	3	4	5	6	7

## 《注意事項》

当組合から支給される補助金の受領は被保険者(申請者)本人が受領する旨を被保険者各義の口座を指定して任意継続の方は、当健保組合に届け出ている口座(被保険者の口座)をご記入ください。訂正する場合は、訂正箇所を二重線で消して、訂正印を押印してください。

## 委任状

サンヨー連合健康保険組合から支給される補助金の受領に関する一切の権限を

代理人

(被保険者との関係)

)に委任します。

被保険者氏名

印

※1 当組合が認めていないオプション検査料は補助の対象外となります。

※2 添付書類

人間ドック	領収書原本・健診結果(写)・問診票
乳がん・子宮がん検診	領収書原本
C型肝炎検査	
消化器検診	領収書原本・健診結果(写)

※3【領収書について】領収書に検査名の記載がない場合は診療明細書を添付してください

※4 複数の健診を受診した領収書が1枚になっている場合は、各受診項目の金額を健診施設にご確認いただき、内訳の金額をご記入ください。

※5 本申請書ならびに※2の添付書類は当健保組合の個人情報の利用目的に同意いただいたものとして取り扱い、利用目的以外には使用いたしません。