

事務理事 担当	担当者
被扶養者・任意継続 記入例	

受付印

家族および
任意継続被保険者用

保健事業費各種補助金支給申請書(個人申請)

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)

健康保険 記号・番号	XXXX - XXXX	被保険者 氏名	ワカナ ケンポ イチロウ 健保 一郎
住所	〒 541 - 0043 大阪 都道府県 大阪市中央区高麗橋X-X	TEL	06 (9999) 9999

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)
健保 花子	妻	乳がん検診	9,000			
〃		子宮がん検診	4,500			
〃		B型肝炎検査	5,000			
〃		C型肝炎検査	5,000			

従業員の方で胃部内視鏡を受けた方は胃部X線を選択しなさい () してください

領収書の金額をご記入ください。
健康保険を利用して受診された場合は申請できません。

被保険者の 振込先	金融機関名	<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 (店番号 XXX)
ゆうちょ銀行への振込は取扱いができません	口座名義	ワカナ ケンポ イチロウ 健保 一郎	口座番号 普通 右詰めでご記入ください X X X X X X X

《注意事項》
当組合から支給される補助金の受取は被保険者(申請者)となつて、口座名義の口座を指定して記入してください。
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を受けた場合や対象年齢でない場合は補助の対象外となります。

健診種類	対象年齢	必要添付書類
人間ドック	40歳以上	領収書原本・健診結果(写)・問診票
乳がん・子宮がん検診	乳がん:40歳以上 子宮がん:20歳以上	領収書原本
HBs抗原(B型肝炎)検査	40歳以上	領収書原本・検査結果(写)
HCV抗原(C型肝炎)検査	*サンヨー健保加入中1回限り	
消化器検診	40歳以上	

- ※2【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。
- ※3 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。
- ※4 健康保険で受診した場合は補助はありません。
- ※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。