

被保険者本人・記入例		検	担当者
欄			

受付印

本人用
(従業員被保険者)

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	フリガナ ケンコウ タカエ 健康 高江
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)	
健康 高江	本人	乳がん検診	9,800				
	本人						
	本人						
	本人						

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。

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	〇〇	☒ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合 ☐ 農協	☒ 支店 ☐ 出張所
	口座名義	フリガナ ケンコウ タカエ 健康 高江	口座 番号	普通

ゆうちょ銀行への振込は取扱いができません。

(店番号 999)

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取は被保険者(申請者)となっており、口座を指定して記入し、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

子宮がん検診(20歳以上)	領収書原本
乳がん(40歳以上)	
消化器検診(40歳以上)	
B型・C型肝炎検査(40歳以上)	領収書原本・健診結果(写)
*サンヨー健保加入中1回限り	

※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 健康保険で受診した場合は補助はありません。

※6 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。