

# 健診補助金交付申請書

【被保険者へ】 \* 太枠内を黒のボールペンでご記入ください。(事務担当者による記入も可)  
\* 鉛筆や消すことのできるボールペンで記入されたものは受付できません。

事業所記号		事業所名称						
健診機関名					受診者数			
					名			
受診者名簿							〔組合処理欄〕 組合補助額	
被保険者等番号	受診月日	受診者氏名	本人・家族	年齢	健診種類 ※1	健診料金		
	/	① 代表受診者氏名	本・家		簡・生・特	円		円
	/		本・家		簡・生・特	円		円
	/		本・家		簡・生・特	円		円
	/		本・家		簡・生・特	円		円
	/		本・家		簡・生・特	円		円

※1 健診種類と対象者  
 簡・・・簡易生活習慣病予防健診(全被保険者・被扶養者である配偶者・40歳以上の被扶養者)  
 生・・・生活習慣病予防健診(30歳以上の被保険者・被扶養者である配偶者・40歳以上の被扶養者)  
 特・・・特定健診(40歳以上の被保険者・被扶養者)

《 添付書類確認チェック 》

- 健診費用の領収書
- 健診費用の内訳書(請求書)
- 健診結果報告書  
(余白に被保険者等記号・番号・氏名・フリガナの記載はありますか。)
- 質問票(対象者:40歳以上(年度内40歳到達者を含む))

【事業主又は事務担当者記入欄】

上記のとおり、補助金の申請をします。 なお、受診者は右の者を代理人と定め、補助金受領を委任することに同意を得て提出しています。		給付金受領代理人氏名
事業所所在地		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> 受付印
事業所名称		
事業主氏名		

〔注意事項〕

1. 健診の種類別に設定項目を満たしていないことが判明した場合は、補助金の対象外として不支給となることがあります。  
(検査項目詳細は「当健保組合ホームページ」又は「保健事業ガイド」を参照ください。)
2. 被保険者等番号欄に枝番の記入は不要です。
3. 対象者が複数の場合は、被保険者等番号順にご記入ください。  
(6名以上の場合は続紙をご使用ください。)
4. 「健診結果報告書」の写しを添付してください。
5. 「健診結果報告書」の余白に被保険者等の記号・番号・氏名・フリガナを必ず明記してください。
6. 40歳以上(年度内40歳到達者を含む)の方は、健診機関から配付される「質問票」を必ず添付してください。  
(健診機関から配付のない場合は、当健保組合ホームページにアクセスし、「質問票」をダウンロード(印刷)の上、作成してください。)
7. 領収書は必ず原本を添付してください。(領収書の原本の返却には応じられません。)
8. 給付金受領代理人氏名欄は、当健保組合へ提出されている「給付金受領代理人・口座届」に基づき、登録された代理人名をご記入ください。

