

諸健診補助金申請書

健 診 区 分		対 象 者		受診者数											
1.	生活習慣病予防健診Aコース	被保険者（35才未満）			名										
	生活習慣病予防健診A2コース				名										
2.	生活習慣病予防健診Bコース	被保険者（35才以上）			名										
3.	婦人生活習慣病予防健診C1コース	女子の被保険者（年齢制限なし）			名										
	婦人生活習慣病予防健診C3コース	女子の被扶養者（35歳以上）			名										
4.	簡易健診	採用予定の保険加入者			名										
※ 申請については必ず領収書（原本）、請求明細書並びに健診結果の写（被保険者等記号・番号を記入）を添付のうえ、受診後、速やかにご請求ください。 ※ 健診結果は、加入員の皆様の疾病予防や健康づくりに役立てるために利用します。また、健診結果に補助金対象外の検査項目が含まれていないか（補助金対象となる検査が実施されているか）を確認するためにも利用します。 ※ 特定健診の対象者（40歳以上75歳未満）にかかる健診データは、国へ部分的に報告します。 ※ 補助金支給条件として、年度内40歳以上の方は質問票、A2コースでは腹囲、心電図、HDLコレステロールがない場合は支給できません。 ※ 各種健康診断は、簡易健診を除き年度内1人1回のみの補助です。 上記の通り健康診断補助金として申請いたします。 令和 年 月 日 所在地 事業所名 ※任意継続の方は被保険者住所・氏名をご記入ください。 酒フーズ健康保険組合 御中 ※振込先金融機関、支店名、口座番号、口座名義をご記入ください。 <table><tr><td>振込先金融機関</td><td></td><td>銀 行</td><td></td><td>支 店</td></tr><tr><td>口座番号</td><td>当・普 No.</td><td>フリガナ 口座名義</td><td colspan="2"></td></tr></table>						振込先金融機関		銀 行		支 店	口座番号	当・普 No.	フリガナ 口座名義		
振込先金融機関		銀 行		支 店											
口座番号	当・普 No.	フリガナ 口座名義													
組 合 記 入 欄															
算 出 内 訳		○ 健診Aコース	円 ×	名 =	円										
				(消費税¥	)										
		○ 健診A2コース	円 ×	名 =	円										
				(消費税¥	)										
		○ 健診Bコース	円 ×	名 =	円										
				(消費税¥	)										
		○ 健診C1コース	円 ×	名 =	円										
				(消費税¥	)										
		○ 健診C3コース	円 ×	名 =	円										
				(消費税¥	)										
		○ 簡 易 健 診	円 ×	名 =	円										
				(消費税¥	)										
		支 給 決 定 額		円											

◎当組合では、個人情報保護に関する法令等を遵守し、受診者皆様方の個人情報の保護に万全を期しております。