

健康診断補助金支給申請書

次のとおり健診機関を利用しましたので、補助金を申請します。なお、補助金の受領を事業主に委任します。

全国設計事務所健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

利用責任者	保険証	記号	番号	住所	〒	—
	氏名					
	名称					
	事業所所在地	〒	—		TEL	()

健診機関	名称					
	所在地	〒	—		TEL	()
健診受診日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					

	保険証番号	申請者氏名	性別	年齢	続柄	健診日	申請費用(税込)
1							
2							
申請者内訳	本人人数	家族人数	合計人数		合計金額		

下記をご確認のうえ☑してください。

確認欄	この申請については、下記の要件を満たしたものである
<input checked="" type="checkbox"/> Check	記載内容については誤りがないことを申請者本人が確認している

所属事業主の証明欄

うえの申請は別添の個人結果表、領収書、連名簿のとおり利用したことに相違ありません。
なお、上記補助金は、申請者から受領委任を受けましたので、「現金給付費支給手続規程」により指定銀行に振込んでください。

令和 年 月 日

全国設計事務所健康保険組合理事長 殿

事業主氏名

申請時の注意

- この用紙は健康診断補助金専用の申請書です。
- 申請書には領収書の原本、健診結果のコピー、標準質問票(40歳以上の方) 3名以上の申請の場合は、利用者連名簿をご利用ください。
- 補助金はお一人様ずつの料金が必要になりますので、必ず明記してください。
また、申請者内訳欄も必ずご記入のうえご申請ください。