

被保険者の勤務先についてご記入ください。

# 健康診査費助成金申請書 (被保険者・被扶養者・任意継続者用)

令和 年 月 日

事業所	名称	(医)〇△□病院	電話	△△△-〇〇〇-××××
	所在地	埼玉県〇〇市××-△-□-◎		

被保険者証 記号番号	氏名	本人 家族の別	被保険者証 記号番号	氏名	本人 家族の別
〇△□-〇×△	健保 花子	本人・ <b>家族</b>	-		本人・家族
-		本人・家族	-		本人・家族

保険証表の上部記載の記号と番号をご記入ください。  
受診者の氏名と、被保険者であれば "本人" に○を、被扶養者であれば "家族" に○をご記入ください。(押印不要)

※ 本人立替払いの場合は、受診者の住所・氏名・振込先もご本人の口座をご記入ください。  
※ 健診機関請求の場合は、健診機関が記入しますので、空欄のままで結構です。  
(押印不要)

-		本人・家族	-		本人・家族
---	--	-------	---	--	-------

別紙のとおり電子データファイルを添えて助成金を申請します。  
なお、下記の者を代理人と定めてこの助成金の受領の権限を委任します。  
※代理人(受診機関又は事業主)

住所  
氏名

振込金融機関	〇×△ 銀行 信用金庫	△△△支店
	<b>普通</b> 当座	番号 ××××××
	フリガナ	

名義

～ お願い ～

- ① 助成金の支払いは、年度単位で行っています。したがって遅くとも3月31日までに申請(必着)して下さい。
- ② 今回の健康診査結果は、事業主と健康保険組合で各々管理し連携して特定保健指導・データヘルス計画に利用する事に同意します。  
尚、同意されない方は、「不同意申立書」を添付し当組合まで提出してください。

受付 申請者 名  
合計 名