

被保険者の住所をご記入ください。

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	任意継続者	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
7000-〇×△	健保 太郎	本人・家族	—		本人・家族
7000-〇×△	健保 花子	本人・家族	—		本人・家族
—		本人・家族	—		本人・家族
—					家族
—					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

普通

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