

健康診査費助成金申請書 (事業所用)

USBメモリに入力した人数
を記入してください。

事業所番号	1	2	3	4
健康診査費助成金 申請者数	本人	100	名	(不支給) 名
	家族	20	名	名
	合計	120	名	名
事業所住所・名称・事業主氏名・ 振込先口座をご記入ください。 (押印不要)				
事業所住所 事業所名称 事業主氏名	埼玉県〇〇市 △-□-◎ (医) ○△□ 病院 健 保 太 郎			
振込金融機関	〇×△	銀行 信用金庫	△△△	支店
口座番号	普通	当座	123456789	
フリガナ	イ) マルサカクシカビョウイン			
名義	(医) ○△□ 病院			
担当者 必ず記入して下さい	【所属部署】 健診課 【氏名】 健保 花子 【電話番号】 △△△-〇〇〇-××××	担当者名及び連絡の取 れる電話番号を 必ず 記 入してください。 【内線番号】 123		

- ※ 健診は原則として9月30日までに行い、請求は10月31日までに電子データ等(健診結果表)で申請して下さい。
- ※ 事業所の名称、事業主氏名については黒のゴム印等をご使用いただき結構です。事業主印は必要ありません。
- ※ **毎年度4月2日以降**に資格取得(扶養認定)された方は、**対象外**です。USBデータには入力しないでください。
- ※ 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