

| | | | | | | | | |
|--------------------|---------|----------|-------|---------|-----|------|--|-----|
| 支給 決定 議 書 | 伺年月日 | 平成 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | | | | 課員 |
| | 決定年月日 | 平成 年 月 日 | | | | | | |
| | 支給額 | | 実施者数 | | 内 訳 | | | 備 考 |
| | ¥ _____ | | _____ | | 単 価 | 実施者数 | | |
| | | | | ¥ _____ | x | 名 | | |
| | | | | ¥ _____ | x | 名 | | |
| | | | | ¥ _____ | x | 名 | | |
| | | | | ¥ _____ | x | 名 | | |
| | | | | ¥ _____ | x | 名 | | |

健保組合使用欄

健康診査 ・ 補助金支給申請書(当組合指定医療機関外)

| | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-------|-----|----|-----|
| 健康診査受診日 | 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 | 実施者数 | 合 計 | | 名 |
| 当組合指定医療機関外 実施医療機関名 | | 被保険者 | 男 | 名 | 女 名 |
| | | 被扶養者 | 男 | 名 | 女 名 |
| 上記のとおり申請いたします。 | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | |
| 〒 _____ | | | | | |
| 住所 | | | | | |
| 申請者 氏名 _____ | | | | | |
| 電話 (_____) | | | | | |
| 全日本理美容健康保険組合 殿 | | | | | |
| 振込先金融機関 | 振込先銀行 | 銀行 | | 支店 | |
| | 口座番号 | 普通・当座 | | | |
| | フリガナ | | | | |
| 口座名義人名 | | | | | |
| 指定口座には必ずフリガナをご記入下さい。 | | | | | |

受付日付印

会計受付日付印

会計支払日付印

| |
|-------|
| 事業所番号 |
| |

この申請書に記載されている個人情報 は支給決定にのみ利用し、第三者には一切提供いたしません。

(注) 申請書は個人ごと(本人と家族は同一申請書可)に申請書を提出して下さい。
 (注) 事業主に依頼して申請する場合は、申請者欄に事業所名・事業所所在地・事業主名を記入して下さい。
 (注) 領収書の金額が二名以上の場合は、内訳書・個人別の検査料を医療機関に記入してもらって下さい。
 (注) 検査結果・領収書又は振込明細書の写しを必ず添付して下さい。

健康診査 ・ 受診者名簿 [補助金]

事業所記号

事業所名

支給を事業主に依頼して申請する場合は、申請代理と受領について被保険者の委任印を押印してください。

| 保険証 の番号 | 区分 | 氏 名 | 年齢 | 性別 | 実施日 | 委任印 | 補助金 コース名 | 検査料 | 支給額 | 結果 添付 | 備考 |
|------------|----------|-----|----|----|-----|-----|-------------|-----|-----|----------|----|
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |
| | 本人 家族 | | | | / | | | | | | |

この申請書に記載されている個人情報には支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

注意：この申請を事業主に依頼する場合、健康診査結果表（又は成績表）が個人情報であることを認識し
申請書に添付利用することについて、同意があったものとして取り扱います。 太枠 健保使用欄

| | | | | |
|---------------|---|--|------|---|
| 実施医療機関 証明欄 | 上記のとおり健康診査（健康診断）を実施し | | | |
| | 金 円を領収したことを証明します | | | |
| | 内訳 として (単価 ¥ 円 × 実施者数 名) | | | |
| | | | | (単価 ¥ 円 × 実施者数 名) |
| | | | (消費税 | 円) |
| | 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | | |
| 医療機関名 | | | | |
| 所在地 | | | | |
| 医師名 | | | | |

上記に証明をもらうか又は領収書の写しを添付。（受診コースごとの価格が記載されていること）