

指定医療機関以外で受診するとき（記入例）

指定医療機関以外で受診した場合

- 申請書類：「健康診査補助金支給申請書」（単票）※1医療機関毎に1枚でお申し込みください。
- 請求期限：受診日から2年以内
- 添付書類：「健診の結果表（写）」
「領収書（写）」

（事業主へ一括振込の場合の記入例）

会社が一括して申請する場合は、申請者欄に会社所在地、会社名、代表者名をご記入ください。

受診期間（1人目～最終）をご記入ください。

代表者印のご捺印をお願いいたします。

被保険者・被扶養者の別を○で囲んでください。

健康診査補助金

健康診査・受診者名簿

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23年5月10日 至平成23年7月20日

実施者数 合計6名

被保険者 男3名 女2名

被扶養者 男 名 女 1名

申請者氏名 健保 一郎

住所 東京都中央区日本橋大伝馬町△-△-△

電話 03 (1234) 5678

株式会社〇〇〇 代表取締役 健保 一郎

振込先銀行 〇〇 銀行 小伝馬町 支店

口座番号 普通・当座 12345678

フリガナ 株式会社〇〇〇 代表取締役 健保 一郎

受付日付印 会計受付日付印 会計支払日付印

事業所番号

②この申請を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。

③お問合せ先 全日本理美容健康保険組合 電話 03-6661-6106

健康診査・受診者名簿

事業所番号 1234 事業所名 株式会社 〇〇〇

保険証番号	区分	氏名	年齢	性別	実年齢	委任印	補助金コース名	検査料	支給額	結果返付	備考
1	本人家族	健保 一郎	22	男	5/10	(健)	D1	20,000			
2	本人家族	健保 花子	38	男	5/17	(健)	B	10,000			
2	本人家族	健保 花子	35	女	8/1	(健)	A2	6,500			
3	本人家族	理容 健太	22	男	7/20	(理)	A1	3,000			
4	本人家族	美容 保子	24	女	7/20	(美)	A1	3,000			

④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。

⑤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。

補助金の振込先口座をご記入ください。（会社へ一括振込の場合、会社の口座となります）

受診人数をご記入ください。なお、1医療機関の受診で複数枚にわたりご記入いただく場合は、総人数をご記入ください。

領収書を添付できない場合のみ、医療機関の証明を受けてください。

会社へ一括振込の場合のみ、医療機関の証明が必要印が必要です。