

■**健保組合で契約していない医療機関で受診**した場合は、この様式で補助申請をしてください。

総合健診・婦人科検査等補助金交付申請書（被保険者・被扶養者・任意継続者）

令和 年 月 日

溪仁会健康保険組合 殿

被保険者証(職員本人)の記号	番号
被保険者(職員本人)氏名	印
住所	

下記のとおり健診及び婦人科検査等を実施したので、補助金の交付をお願いします。

記

(該当項目に○印を付けてください。)

1. 健診機関名	
2. 実施年月日	令和 年 月 日
3. 健診(受診種別に○印)	1. 総合健診 その他の健診 2. 特定健診 3. 特定保健指導
4. 受診者名	(フリガナ) -----
5. 婦人科検診 (2・3を受診の場合、どちらか1つの検診を補助します)	1. 子宮(頸部)がん検診 2. 乳がん(X線)マンモグラフィ検診 3. 乳がん(乳腺エコー)検診
6. 総額	円
7. 振込先 (北洋銀行以外を希望の方は、「北洋」に横線を引き他の銀行名を記載してください。)	北 洋 銀行 支店 普通 口座N○. (被保険者) 名義

※被保険者・被扶養者・任意継続者のいずれかを○で囲んでください。

※奥さま健診を受けられた方は、「被扶養者」を○で囲んでください。

※**健診機関からの領収書(写)と健診結果表(写)を添付して下さい。**

注) 被扶養者(家族)が受診された場合でも、健保組合に請求する振込先は被保険者(職員本人)になります。

注) 以下は健保組合使用欄につき、記入しないで下さい。

決定年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		係
交付年月日	令和 年 月 日				
交 付 額	円				
備 考					