

【被扶養者用】 特 定 健 康 診 査 補 助 金 申 請 書

フジシールグループ健康保険組合 御中

健康診断補助金の申請をいたします。

令和 年 月 日提出

※太枠内のみご記入ください。

会社名 (出向者は出向元の 会社名)		保険証 記号・番号		社員番号	
		被保険者氏名			
		被扶養者氏名 ※受診された方			
		住所・電話番号	〒 - ☎ ()		
		医療機関住所			
		医療機関名			

補助金振込先 金融機関情報	銀行	店	(フリガナ)	
普 通 当 座	No.		預金名義人 被保険者名義 のみ	

❖この申請書に医療機関発行の領収書(原本)と健診結果(コピー)を添付してください。

(40歳以上の方については、「特定健康診査質問票」(コピー)も添付してください。)

《個人情報について》

補助金申請書に関わる保有した個人情報は、個人情報の保護に努め、安全に保管いたします。

この申請に関わる健診受診者の個人情報は、健康診断補助金申請の目的以外には使用いたしません。

組合 処理 欄	補助金内訳・振込日	特定健康診査	円	×	名	=	円
		※40歳以上	※健保補助額は、8,000円を上限とする実費となります。				
			円	×	名	=	円
			円	×	名	=	円
	振込日	令和	年	月	日	補助金支給額 合計	円

常務理事	事務長	担当	

健保受付印