

【被扶養者用】 特定健康診査補助金申請書

記入例

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。

令和〇年〇月〇日提出

※太枠内のみご記入ください。

保険証 記号・番号		99-9999	社員番号	8888888
被保険者氏名		健保 太郎		
被扶養者氏名 ※受診された方		健保 花子		
住所・電話番号		〒 777-7777 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 ☎ △△△△(△△△△)△△△△		
会社名 (出向者は出向元の 会社名)	株式会社◇◇◇	医療機関住所	▽▽県▽▽市▽▽町▽丁目▽番▽号	
		医療機関名	▽▽▽病院	

補助金振込先 金融機関情報	〇〇 銀行 本 店	(フリガナ)	ケンポ タロウ
普通 当 座	No. (7桁でご記入ください。) 〇〇〇〇〇〇〇	預金名義人 被保険者名義 のみ	健保 太郎

❖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。

(「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