

## 【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。  
(必ず、「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 ※40歳以上	円	×	名	=		円	
		※健保補助額は、8,000円を上限とする実費となります。							
		乳がん検診 ※40歳以上	3,600 円	×	名	=		円	
		子宮がん検診 ※40歳以上	2,300 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