

任継健診補助金申請書

※対象：任意継続被保険者

健保		
担当	事務長	常務理事

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 00 年 00 月 00 日				
	保険証の記号 - 番号	被保険者氏名			生年月日	
	6801 - 0000	(フリガナ)	ヤスカワ タロウ		昭和	00 年 00 月 00 日
			安川 太郎		平成 令和	
	受診日	令和 00 年 00 月 00 日				
	受診医療機関 (病院名)	△△中央病院				
	検査の内訳	一般健診補助			がん検診補助	
		生活習慣病健診	胃部検診	前立腺がん検診	乳がん検診	子宮がん検診
	補助金限度額	10,000 円	10,000 円	2,000 円	全額	全額
	医療機関支払額	16,000 円	10,000 円	1,800 円	円	円
健診費用の総額	27,800 円					
添付書類チェック欄	<input checked="" type="checkbox"/> 明細付領収書 (原紙)		<input checked="" type="checkbox"/> 検査結果表 (写し)			
健 保 記 入 欄	補助金計算内訳	生活習慣病検診	胃部検診	前立腺がん	乳がん検診	子宮がん検診
		円	円	円	円	円
	補助金決定額	円				

※太枠の中をご記入ください。

<ご注意>

- ① 保険診療（病気として検査）で受診された場合は、保険給付（7割健保負担）をすでに受けておりますので、補助金申請の対象とはなりません。
- ② 検診費用が補助金限度額内の場合は、実費を補助金として支払います。
- ③ 補助金の支払は、毎月10日までに（健保）に到着した申請書をとりまとめ、月末までに登録されている指定口座に振り込みます。
- ④ ご報告頂いた検査結果は、法令に基づきデータを保存し、検診後の保健師による特定保健指導を行なう場合に限り使用することがありますのでご了承ください。

支払印

