

※欄は健保組合記入欄につき記入しないでください。

| | | | | | | |
|--------|-------|----------|------|-----|----|---|
| ※支給決定欄 | 同年月日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
| | 支給決定額 | | | | | |
| | 備考 | | | | | |

家族健康診査補助金請求書

| | | | | | | |
|------------------|---|----|----------|------------|------------|------|
| 被保険者証 記号番号 | — | | 被保険者氏名 | | | |
| 事業所名称 | | | | | | |
| 受診者氏名 (被扶養者) | | 続柄 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | (歳) |
| 受診者住所 | 〒 — | | 電話番号 — — | | | |
| 受診機関等の 名称・所在地 | | | | 受診 市区町村 | 市 区 町 村 | |
| 費用総額 (消費税を含む) | | | 受診年月日 | 令和 | 年 月 日 | |
| 受診項目 | 受診項目に○印をご記入ください。 1. 基本健康診査(40歳未満) 2. 胃がん検診 3. 肺がん検診 4. 大腸がん検診 5. 子宮がん検診 6. 乳がん検診 7. 肝炎ウィルス検査 8. その他 () | | | | | |

添付書類 ・ 受診機関に支払った領収書(原本)と受診者の氏名及び受診項目が明らかになる書類

- 注意事項 (1) 補助の対象者は**30歳以上の被扶養者**で、一般医療機関、健診機関又は市区町村が実施する健康診査(各種検診を含む。)を受診された方です。**ただし、特定健康診査を除きます。**
 (2) 補助金は、年度内(4月～3月)に1人につき1回限り、2,500円を限度として補助します。
 (補助金を請求できるのは年度1回ですので、複数項目を受診された方はまとめて請求してください。)

振込金融機関名及び口座番号 (口座名義は被保険者(申請者)本人のものに限ります。)

| | | | | |
|---------|-------|------|------|----------------|
| 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義人(カタカナで記入) |
| | | 普通 | | |
| 金融機関コード | 支店コード | 当座 | | |

補助金の受領を代理人(事業主)に委任する場合に記入してください。

| | | |
|---------|---|--|
| 受取代理人の欄 | 本請求に基づく補助金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 (請求者) 氏名 | |
| | 代理人 住所 (事業主) 氏名 | |

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

受付日付印

兵庫自動車販売店健康保険組合理事長 様