

※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