

支給決定伺	常務理事	事務長			伺年月日	令和	年	月	日
					支給額				円

【償還払い制度】 健康診断補助金支給申請書

◆◆◆ 個人情報の取扱いに関する同意について ◆◆◆
当組合は個人情報保護管理規程を制定し、個人情報の適正な取扱いに取り組んでおります。
添付していただいた健診結果については、当組合のデータベースに保管し、事業主へ提供します。
また、組合と事業主とで共同実施する健康保持・増進のための保健事業に利用します。
なお、保健事業以外の目的で利用することはありません。
当申請書をご提出いただくことにより、上記について受診者が同意されたものとみなします。

三岐しんきん健康保険組合 理事長 様

令和 年 月 日申請

下記のとおり申請します。

記号・番号		被保険者の氏名	被保険者の生年月日
記号	番号		昭和 年 月 日
被保険者の住所・電話番号	TEL () -		
事業所の名称			

受診者の氏名		受診者の生年月日	年齢 (年度末現在)	被保険者との続柄	
		昭和 年 月 日	歳		
実施健診機関名			受診年月日		
			令和 年 月 日		
該当に○	健診種別		費用	補助限度額	※組合記入欄 支給額
	健診の種類	健診内容			
	人間ドック	日帰り	円	15,000円	円
	脳ドック (脳検査)	MRI・MRA	円	16,000円	円
	肺がん検査	胸部CT	円	8,000円	円
	PET健診	がん検査	円	健診費用の2/3 (上限130,000円)	円

本申請書に基づく補助金の受領を	に委任します。
令和 年 月 日	被保険者氏名

【添付書類】

- 健診機関が発行の領収書および明細書の原本
- 健診結果の全ページの写し
- 標準的な質問票 (40歳以上の方は必ず添付してください)

受付日付印

【注意事項】

「償還払い制度 人間ドック等の補助申請について」をよくお読みください