

伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	部長	係長	係
記入欄 健保組合	(伺) 下記のとおり支給してよろしいか					
	支給額					
	支払内訳					

健康診断・婦人科検診 補助金申請書 (被扶養者・任意継続加入者用)

下記のとおり健診を受診したので、補助金の申請をいたします。

健診機関名称

受診者 (被扶養者)	1	氏名	性別	区分	生年月日	年齢(今年度)	備考	
			男 女	本人 家族	昭和 平成	年 月 日	歳	
		健診種別	1. 生活習慣病健診 2. 人間ドック 3. 特定健診 4. 乳がん検診(超音波・マンモグラフィ) 5. 子宮頸がん(細胞診)			受診日	月 日	
2	氏名	性別	区分	生年月日	年齢(今年度)	備考		
		男 女	本人 家族	昭和 平成	年 月 日	歳		
	健診種別	1. 生活習慣病健診 2. 人間ドック 3. 特定健診 4. 乳がん検診(超音波・マンモグラフィ) 5. 子宮頸がん(細胞診)			受診日	月 日		

請求者 (被保険者)	大阪産業機械工業健康保険組合理事長 様	
	令和 年 月 日	
	保険証の記号・番号	—
	被保険者氏名	
	住 所	〒 - -
	TEL - -	

振込先金融機関	銀行・信金 農協・その他	本店・支店 出張所
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号
(フリガナ) 口座名義		

【添付書類】

1. 検査結果の写し
2. 領収書の原本
3. 明細の分かる請求書の写し(請求書がない場合は不要※)
4. 質問票(40歳以上の方で健診種別1～3の場合に必要)

※1～3の添付書類で次の内容が明記されていることが必要です。

- ①受診日 ②検診を受けた方の氏名 ③医療機関名 ④乳がん・子宮がん検診であること、および各料金(婦人科の場合)

【注意事項】

- ※申請は健診機関ごとに用紙を分けてください
※振込先は被保険者名義口座をご記入ください