

## オプションのみの受診（本人・家族）補助金申請書

※記入例を確認の上、ご記入ください。  
※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

健康診断（本人・家族）に対する補助金について、健診機関の領収書および検査結果表を添付し申請いたします。

太枠内をすべて記入してください				令和 年 月 日						
被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	フリガナ						
生年月日	昭和 平成	年	月	日	才	性別 男・女	TEL (日中の連絡先)			
現住所	〒					自宅TEL				
事業所・部署名						携帯TEL				
健診を受けた方が 被扶養者の場合	氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日	才	続柄	
健康診断を 受けた 医療機関	名称					受診日	令和	年	月	日
	所在地									
健康診断に 要した 費用の内訳	種類 ※受診コースに☑をお願いします。		金額		支給金額 ※ここは記入しないでください					
	<input type="checkbox"/> 婦人健診 (子宮頸部細胞診、経膈超音波、乳房超音波、マンモグラフィなど)		円		円					
	<input type="checkbox"/> 胃部検査		円		円					
	<input type="checkbox"/> 脳MRI/MRA		円		円					
			円		円					
合計		円		円						

委任状	本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。								
	令和 年 月 日								
被保険者氏名									

※任意継続被保険者と任意継続被扶養者の方は委任状の記入は必要ありません。

因幡電機産業健康保険組合 〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 電話06-6151-5247 Fax06-6151-5248

- 注意 1. 健診後は、この申請書に①「健診機関の領収書の原本(コピー可)」と②「検査結果表(コピー可)」 受付日付印  
を添付の上、健診後3ヵ月以内に健保組合に申請してください。  
2. 受診日に健康保険の資格がない方は申請できません。  
3. 健康診断（本人・家族）の補助金は、被保険者の金融機関口座に振り込みます。

【個人情報・健診結果について】  
個人情報と健診結果は、個人情報保護法のもと健康保険組合および委託会社であるバリューHRに提出されます。  
また健診結果については、健康管理、保健指導、労働基準監督署への定期健康診断結果報告などに活用いたします。  
同意の上ご申請ください。