

## 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 2 年 8 月 31 日					
被保険者証 の記号番号	記号	番号	被保険者 氏名	フリガナ ケンボ タロウ					
	〇〇〇	〇〇〇〇		健保 太郎					
生年月日	昭和 平成	50 年 1 月 1 日	45 才	性別	男・女	TEL (日中の連絡先)	090 (1234) 5678		
現住所	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号				自宅TEL 03 (7891) 2345				
事業所・部署名	〇〇部 〇〇課				携帯TEL 090 (1234) 5678				
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	〇〇クリニック			受診日	令和 2 年 7 月 31 日			
	所在地	東京都〇〇区〇〇町1-2-3							
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 checked="" 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)			5000	円				
	<input type="checkbox"/> 胃部検査				円				
	<input type="checkbox"/> 脳MRI/MRA				円				
	合計			5000	円				

かかった金額全て  
(領収書と同じ金額)  
をご記入ください。

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。		委任状は必ず日付を記入し、署名してください。	
	令和 2 年 8 月 31 日			
	被保険者氏名		健保 太郎	

※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)」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。 受付日付印
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パリュー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。