健康診断利用補助金請求書

被保険者証の記号番号	記号		番号		被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ
所属名						
住所	〒　　－			TEL　　－　　－		

受診者氏名	続柄	年齢	健診の種別	自己負担金

この申請に基づく給付金の受領について、事業主経由にて私が受領することに同意するとともに、補助金情報をタカラスタンダード健康保険組合が事業主に提供することに同意します。

年　　月　　日

被保険者氏名

※以下は記入しないでください。

本件、領収書の提出がありましたので、下記のとおり補助金を支給してよろしいか。							受付印
常務理事	事務長	担当者	担当者	担当者	資格照合	台帳入力	
補助金支給額		件　　円					

領収書貼付箇所

（レシート不可）

【手続方法】

※各自で市町村の取扱健診機関に申し込みしてから受診する。
※本書に自己負担分領収書等を貼付し、健康保険組合に請求する。
（領収書は、受診者氏名・健診の種別が記入されたものを添付してください。）

任意継続被保険者等(退職者)で、事業主経由で補助金を受領できない方(給与振込できない方)については、個別に振込をしますので、銀行預金口座の確認のため通帳の写しを添付してください。