

健康診断利用補助金請求書

健康保険証 の記号番号	記号		番号					被保険者 氏名	フリガナ
所属								氏名	
住所	〒 _____							TEL	()
受診者名	続柄	年齢	検診の種別				自己負担金		
							円		
							円		
							円		
この補助金の支給については、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。(退職者は記入不要) 年 月 日 被保険者氏名 _____									

※ 以下は記入しないで下さい。

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	資格照合	台帳入力	
支給額	件				円	

領収書貼付箇所

(レシート不可)

備考 1. 手続方法

- ・各自で市町村の取扱機関に申込してから受診する。
- ・本書に自己負担分領収書等を貼付して健康保険組合へ請求する。
(領収書は、受診者氏名・検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(給与振込できない者)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。