

様式 B

<健診機関が当健保組合の契約健診機関以外の場合>

年 月 日

三協・立山健康保険組合 宛

健診費用補助金申請書

私は以下のとおりの健診を受診したので、検査結果表(写)・領収証(写)を添え、補助金を申請します。

なお、提出する健診結果は、三協・立山健康保険組合と会社が共同実施する産業医や保健師による健康相談や保健指導等に利用することに同意します。

所属事業所 部 課 名	TEL () -		保険証 記号-番号	記号 番号 -
ふりがな			性 別	生年月日
利用者氏名	(印)		男・女	年 月 日
住 所	〒		TEL () -	
受 診 内 容	受 診 日	年 月 日 ~ 日		
	健診機関名称			
	健 診 種 別	費用 (円)	健 診 種別	費用 (円)
	① 人間ドック【一泊二日】		⑥ 節目健診	
	② 人間ドック【日帰り】		⑦ 婦人検診 (乳房・子宮頸がん)	
	③ 肺がん検診		⑧ 前立腺がん検診	
④ 脳ドック		⑨		
⑤		⑩		
補助金振込 希望銀行	銀行 信用金庫 労働金庫 農協		支店 店番号 (支店名必ず記入)	フリガナ 名義 口座番号 □(普) □(当)
	※ゆうちょ銀行不可		□ □ □	□ □ □ □ □ □ □ □

※上記太枠欄を記入され、検査結果(写)・領収証*(写)又は振込み通知等支払いを証明できるものを必ず添付して三協・立山健康保険組合へ提出下さい。

(* 受診者本人が費用を支払った場合は、領収証の宛先名は、受診者本人名で発行してもらって下さい。)

支給決定	常務理事	事務長	担当者	担当者

支給決定額	円
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>

} 健保組合記入欄