

三協・立山健康保険組合 宛

健診(節目健診・婦人検診・前立腺がん検診)費用補助金申請書

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 所属名 所属課名	事業所名		担当者(又は代表者)氏名						
	所属名		TEL () - ※担当者(又は代表者)印を必ず押印下さい。						
受診内容 ※費用合計は消費税額を含む金額を記入して下さい	被保険者証の記号一番号 (※番号は「00」を除いた6桁の社員CD)		被保険者氏名			受診日			
						/			
						/			
						/			
						/			
						/			
						/			
						/			
						/			
						/			
健診機関名称									
健診種別		人数	費用(合計)		健診種別		人数	費用(合計)	
①	節目健診	名	円		②	婦人検診	名	円	
					③		前立腺がん検診	名	円
希望銀行 補助金振込	銀行 信用金庫 労働金庫 農協		店番号 □□□			フリガナ			
						店			
						名義			
			口座番号 □(普) □(当)			□□□□□□□□			

※ 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。(※ゆうちょ銀行不可)

支給決定	常務理事	事務長	担当者	担当者

支給決定額	円
	□□□□□□□□

健保組合記入欄