

令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当	

2021 年度生活習慣病婦人科単独検診補助申請書

健康保険証記号番号	記号 2 桁 or 4 桁				番号 7 桁						
被 保 険 者 氏 名	(カナ)										
検診受診医療機関名											
検 診 受 診 日	令和 年 月 日										

私は、補助金の支給に関し本申請をもって給付金の支給を事業主へ委任することに同意致します。

(※補足：上記同意は、補助金の支給方法において給与合算での支給とする為の委任状となります。)

- 必ず領収書（原本）を同封願います。
- 申請期間は令和 4 年 4 月 30 日迄となりますので、早めに申請下さいませようお願い致します。
- 確認のため給付までにお時間がかかる場合がございます。ご了承願います。

健 保 組 合 確 認 欄 (補助金支給可否確認)

補 助 対 象 <支給決定日> 令和 年 月 日

補 助 対 象 外 <理 由>

- 検診費用が補助額上限以下の申請のため
- 受診期間以外の検診費用のため
- 対象の検診項目以外の検診費用のため
- 当健保組合の資格喪失後に受けた検診費用のため
- その他 ()

上記理由により補助対象外となりましたので、本申請書及び領収書（原本）をご返却致します。

健 保 受 付

送付先：健康保険組合 西村宛

※領収書（原本）は入っていますか？再度ご確認ください。