

※支給決定伺			支給決定日 令和 年 月 日					
支 給 額	合 計		円		常務理事	事務長		担当

健康保険 健診費用補助金交付申請書

被保険者等の 記号番号	記号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	番号						
被保険者 氏 名	フリガナ		被保険者 住 所	〒			
				電話 ()			

受診者氏名	フリガナ		続柄		年齢	歳
一次検査 について	受診日	受診医療機関名		検査の内容		
	令和 年 月 日			1. 生活習慣病健診 2. 人間ドック（日帰り） 3. その他（ ）		
	申請金額	円				
振込希望 金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合		本店 支店	普通 当座 その他	支店番号	口座番号（右づめ）
	名義人(フリガナ)					
	※振込希望金融機関は「被保険者本人名義」の口座に限らせていただきます。					

令和 年 月 日提出

【申請上の注意事項】

○受診日に当組合の資格のない方は申請できません。

○交通費は、ご本人負担となります。

【添付書類】

○領収書（原本）

○健診結果の写し（全ページ）

○問診票（40歳以上の被保険者・被扶養者）

受付日付印

【送付先住所】
〒141-0032 東京都品川区大崎5丁目5番23号
ヒロセ電機健康保険組合