

※支給決定伺		支給決定日 令和 年 月 日					
支給額	合計			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 本店 普通 支店		信用金庫	信用組合	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

受付日付印

【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ができません。
- 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)

【送付先住所】

〒102-0094 東京都千代田区紀尾井町3-6 紀尾井町パークビル5階
ヒロセ電機健康保険組合