

支 給 決 議 書 ※この欄は記入しないでください。		常務理事	事務長	担当者
		伺年月日	年 月 日	
対象者数	一般	名		
	特定	名		
	計	名		
支給額		円		

健康診断・特定健診補助金申請書

事業所記号					
事業所名					
受検者数	_____名				
請求金額	_____円				
千葉県自動車販売整備健康保険組合 理事長 様					
<p>上記の金額を被保険者 _____ 名分（一般健康診断 _____ 名分・特定健診 _____ 名分）、および被扶養者（特定健診） _____ 名分として別添証拠書により申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所所在地 事業所名称 事業主氏名</p>					
受取金融機関	銀行名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
	銀行 信金 信組 農協	支店・本店	普通 当座		(フリガナ)

上記の太枠の中のみご記入ください。

- ※ 必ずすべてご記入の上、押印してください。
- ※ この申請書にて申請できるのは、被保険者および40歳以上の被扶養者のみ、年1回限りとする。
- ※ 実施年月日を年度で区切る。（4月1日～翌3月31日までの期間中実施したもの）
- ※ 一般健康診断については、40歳未満の被保険者一人につき4,000円を限度として支給する。
- ※ 特定健診については、40歳以上の被保険者及び被扶養者を対象に、一般健康診断と特定健診の項目を満たすものについては、一人につき4,200円を限度として支給する。ただし、40歳以上の被扶養者については、特定健診のみの項目で受検した場合、一人につき費用総額の内1,000円を除いた額を支給する。
- ※ 申請の際、領収証または医療機関からの請求書（いずれもコピー可）と、受検者名簿および検診結果一覧と40歳以上の方の質問票の写しを添付すること。（添付なき場合は支給いたしません）
- ※ この申請にて補助を受けた者については、人間ドック受検に対する補助は行いません。
- ※ 健康保険法における被保険者および被扶養者の、健康の保持増進のために行われる保健事業として、健康診断・特定健診等の結果について、添付していただいたものを利用いたします。