

同年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
支給額	円

支給決定決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者

受付日付印

各種検診で受診券を使用しなかった場合や窓口で実費(保険外)をお支払いされた方はこの申請書でお手続きください。

- 特定健康診査
 乳がん検診
 インフルエンザ予防接種
 日帰り人間ドック
 子宮頸がん検診
 肺炎球菌予防接種
 禁煙外来費用

補助金支給申請書

*請求される項目に☑をしてください。

被保険者証の記号・番号	記号 1	番号 ****	被保険者氏名	○○ ○○		
受診(接種)対象者氏名	氏名	○○ △△	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	**年**月**日	続柄 妻
受診(接種)された医療機関の名称・所在地	名称	○○クリニック		所在地	〒123-4567	
	電話	012-345-6789			○○県△△市□□町1-2-3	
受診(接種)年月日	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	受診(接種)に要した費用		金 12,345 円也		
※特定健診又は日帰り人間ドック受診年月日	令和 年 月 日	←※任意継続被保険者・被扶養者でインフルエンザ予防接種・肺炎球菌予防接種の助成を受ける場合は、特定健診又は日帰り人間ドックを受診された方が対象です。				
振込希望の銀行又は郵便局名	金融機関名	○○	銀行 郵便局	△△	本店 支店 出張所	種別 ① 普通 2. 当座
	*被保険者名義の口座番号	1234567		フリガナ 口座名義	○○ ○○	

【補助金上限額】 実費相当額(税込)

【添付書類】

- ①領収証のコピー(明細が分かるもの)
- ②通帳のコピー(口座番号・名義が確認できるページ)
- ③健診結果(写)・・・特定健康診査、日帰り人間ドックの場合
- ④質問票・・・特定健康診査、日帰り人間ドックの場合

*上記書類を添付のうえ、健康保険組合宛てご郵送ください。

上記のとおり申請します。

令和**年**月**日

被保険者住所

被保険者氏名

雪の聖母会健康保険組合理事長 殿