

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

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

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	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 type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	続柄	
受診(接種)された医療機関の名称・所在地	名称			所在地	〒 -		
	電話						
受診(接種)年月日	令和 年 月 日	受診(接種)に要した費用	金 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	口座番号	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