

伺年月日	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

記載例

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。(各項目ごとに一枚の申請用紙が必要です)

被保険者等 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 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	口座 番号	1234567		フリガナ	○○ ○○
【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 〒 ○○○-○○○ ○○市○○区○-○ 被保険者氏名 ○○ ○○ 雪の聖母会健康保険組合理事長 殿						