

健康診断助成申込書

被 保 険 者 証 (又は組合員証) の記号番号	受診した組合員の氏名	受診した健診機関名	年 齢 (特定健診該当 者は対象外)	健診料 (円)
合 計			人	円

上記のとおり健康診断が終了いたしましたので、助成の申し込みをします。

令和 年 月 日

診療所名 _____

甲種組合員(雇用主)氏名 _____ (印)

甲種組合員(雇用主)の被保険者証(又は組合員証)の記号番号 _____

_____ 支部長 様

- ※ 40 歳～ 74 歳までの組合員は特定健診の対象となりますので、当組合が実施している健康診断の助成は受けられません。
- ※ 健診料が 5,000 円以上の場合、健診料欄は空欄で可。
- ※ 健診料の合計欄は、健診料が 5,000 円未満の方は実費額、5,000 円以上の方の場合は 5,000 円として合計額を記入すること。