

事業所 記号	
-----------	--

生活習慣病健診補助金申請書

添付書類

1. 領収書(原本) 健診日、受けた人の氏名、生活習慣病健診の名称の記述があるもの
* 注意事項:胃検診(バリウム又は胃カメラ)、便潜血検査は生活習慣病健診の
必須検査項目です。この検査を受けないと補助額が減額されます。
2. 健診結果表(写) 健診実施機関が発行した結果表(実施健診内容確認のため必要です)
3. 受診票 健保組合から健診資格者(30歳以上被保険者、被扶養配偶者)にお届けしている
健診の案内に同封しております。
(生活習慣病健診補助上限額 18,000円 女性コースも同額の補助です)

番号	被保険者番号	氏名	資格	生年月日	年令	健診費用	補助申請額
1			本人 / 配偶者				
2			本人 / 配偶者				
3			本人 / 配偶者				
4			本人 / 配偶者				
5			本人 / 配偶者				
6			本人 / 配偶者				
7			本人 / 配偶者				
8			本人 / 配偶者				
9			本人 / 配偶者				
10			本人 / 配偶者				
11			本人 / 配偶者				
12			本人 / 配偶者				
13			本人 / 配偶者				
14			本人 / 配偶者				
15			本人 / 配偶者				

注記 申請期限は健診実施後3ヵ月以内です

生活習慣病健診補助金申請額 (名分) 円

年 月 日
 神奈川県機器健康保険組合
 理事長 殿
 受診者の代理として領収書、健診結果表(写)、受診票、を添付し補助金を申請します

事業所名
 代表者氏名

印