

伺い日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	部長	課長	扱者
支給 支払 決議 書	支給額								
	支払内訳								

疾病予防健診補助金交付申請書

<p>別途実施者名簿のとおり健診を実施したので補助金の交付を申請いたします。</p>	
実施事業所	記号
	名称
	所在地
実施年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
実施人員	名
医療機関名称	
医療機関所在地 〒 -	
令和 年 月 日	
事業所名称	
本社所在地	
代表者氏名	
産業機械健康保険組合理事長 殿	

※ 実施事業所名称欄には、工場、支店、営業所、出張所名まで記入してください。

担当者名:

連絡先:

疾病予防健診実施者名簿

記号										
番号	氏名	性別	区分	年齢	健診コース		健康保険組合記入欄			
		男	本人		生活	生活+婦人科	胃		補助決定額	
		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科	有	/		
生年月日	西暦	年	月	日	住所	〒				
		男	本人		生活	生活+婦人科	胃		補助決定額	
		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科	有	/		
生年月日	西暦	年	月	日	住所	〒				
		男	本人		生活	生活+婦人科	胃		補助決定額	
		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科	有	/		
生年月日	西暦	年	月	日	住所	〒				
		男	本人		生活	生活+婦人科	胃		補助決定額	
		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科	有	/		
生年月日	西暦	年	月	日	住所	〒				
		男	本人		生活	生活+婦人科	胃		補助決定額	
		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科	有	/		
生年月日	西暦	年	月	日	住所	〒				
		男	本人		生活	生活+婦人科	胃		補助決定額	
		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科	有	/		
生年月日	西暦	年	月	日	住所	〒				
		男	本人		生活	生活+婦人科	胃		補助決定額	
		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科	有	/		
生年月日	西暦	年	月	日	住所	〒				
		男	本人		生活	生活+婦人科	胃		補助決定額	
		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科	有	/		
生年月日	西暦	年	月	日	住所	〒				
		男	本人		生活	生活+婦人科	胃		補助決定額	
		女	家族		人間ドック	人間ドック+婦人科	有	/		
生年月日	西暦	年	月	日	住所	〒				

※該当する項目に○印をつけてください。

※年齢は年度末年齢をご記入ください。

※人間ドックの組合補助を適用するには、**規程の検査項目の実施**が条件となります。

規程の項目を満たしていないと、人間ドックを受診したとみなされず、生活習慣病健診の組合補助額が適用されますので、ご注意ください。

規程項目については、健保組合ホームページの「健診項目」にて、ご確認ください。

※胃部検査の未実施時の補助金上限額は4,000円+消費税相当額が減額されます。