

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

1000

別途連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。

受診年月日を記入してください。

平成
令和 ○○年 ○○月 ○○日

実施年月日

実施人員 ○○名

今回申請される人数

医療機関名、所在地を記入してください。

医療機関名称 ○○病院

医療機関所在地 〒○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○-○○-○

令和 ○○年 ○○月 ○○日

御自宅の住所、被保険者名、捺印をお願いします。

事業所名称 任意継続被保険者

住所 ○○県○○市○○町○-○○-○

氏名 産業 太郎



産業機械健康保険組合理事長 殿

被保険者名義の口座を記入してください。

振込先金融機関	銀行	支店
口座番号	普通・当座	
口座名義(フリガナ)		

疾病予防健診実施連名簿

記号						
1000						
番号	氏名	性別	区分	年齢	健診コース	健保組合記入欄
〇〇〇〇	産業 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族	〇〇 S・H	生活 生活+婦人科 <input checked="" type="radio"/> 人間ドック <input type="radio"/> 人間ドック+婦人科	補助決定金額 /
	生年月日			〇〇年 〇〇月 〇〇日		
番号	氏名	性別	区分	年齢	健診コース	健保組合記入欄
〇〇〇〇	産業 花子	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 本人 <input checked="" type="radio"/> 家族	〇〇 S	生活 生活+婦人科 <input type="radio"/> 人間ドック <input checked="" type="radio"/> 人間ドック+婦人科	補助決定金額 /
	生年月日			〇〇年 〇〇月 〇〇日		
番号	氏名	性別	区分	年齢	健診コース	健保組合記入欄
		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族		生活 生活+婦人科 <input type="radio"/> 人間ドック <input type="radio"/> 人間ドック+婦人科	補助決定金額 /
	生年月日			S・H 年 月 日		
番号	氏名	性別	区分	年齢	健診コース	健保組合記入欄
		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族		生活 生活+婦人科 <input type="radio"/> 人間ドック <input type="radio"/> 人間ドック+婦人科	補助決定金額 /
	生年月日			S・H 年 月 日		
番号	氏名	性別	区分	年齢	健診コース	健保組合記入欄
		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族		生活 生活+婦人科 <input type="radio"/> 人間ドック <input type="radio"/> 人間ドック+婦人科	補助決定金額 /
	生年月日			S・H 年 月 日		
番号	氏名	性別	区分	年齢	健診コース	健保組合記入欄
		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族		生活 生活+婦人科 <input type="radio"/> 人間ドック <input type="radio"/> 人間ドック+婦人科	補助決定金額 /
	生年月日			S・H 年 月 日		

保険証の氏名の上に記載されている「番号」

受診されたコースを○で囲んでください。

※該当する項目に○印をつけてください。