

下記の金額支出してよろしいか				決裁欄		
支給額	円	款	保健事業費	常務理事	事務長	担当者
起案年月日	令和 年 月 日	項	保健事業費			
決裁年月日	令和 年 月 日	目	疾病予防費			

家族(任継)住民検診補助金支給申請書

下記の説明を読んで請求してください。

*太枠内を記入してください。

被保険者証 記号・番号	99-1234	被保険氏名 (社員氏名)	健保 太郎		
現住所	〒 651-2271 兵庫県神戸市西区高塚台 7丁目 3-3 TEL(078) 996 -3700				
受診者名	神戸 花子		続柄 妻	年齢 30歳	
受診者 生年月日	H5年5月1日		お住まいの市区町村	神戸 市・区・町・村	
受診日	R5年8月3日	R5年8月3日	年 月 日	年 月 日	
健診項目	大腸がん	肺がん			
健診費用	1,500円	1,800円			
上記のとおり、家族住民検診受診費用			3,300	円の補助金を申請します。	
ナブテスコグループ健康保険組合 理事長殿			令和	5	年 8 月 8

説明	<p>※ 補助金の限度額は、5,000円です。 <u>但し、補助金申請の合計額が1,000円未満の場合は対象外になります。</u> 注)請求時の金額が1,000円以上でも、医療機関独自の検診や保険証を利用した検診が含まれる場合は 全額不支給となる場合がありますので注意してください。</p>
	<p>ア.申請書は会社を通さず、直接健康保険組合へ送付ください。 イ.「領収証」(検診項目が記載されたもの)の原紙を添付ください。 ウ.年度分をまとめて、3月31日までに健康保険組合必着で申請ください。 エ.補助金振込口座について、給与振込以外の事業所の方で現在口座の登録をされていない場合は「新規登録依頼書」の提出をお願いいたします。(健保ホームページより出力ください)</p>

◎ 訂正する場合、二重線で消して訂正印を押してください。

——受付日付印——

<p>問合せ・送付先 〒651-2271 神戸市西区高塚台7丁目3-3 ナブテスコグループ健康保険組合 TEL (078) 996 -3700 MAIL: ntsgr-kenpo@nabtesco.com</p>
--