

平成○年度 一次健診

# 補助金請求書

補助金制度は、**健康をした年度の請求書をご利用ください。**  
東振協契約(年度:4月1日~3月31日)

方に対して、補助金をお支払いする制度です。  
コース(内容確認の為、電話をする場合がありますので  
電話番号と担当者は忘れずにご記入ください。)

補助金制度の申請はご遠慮ください。(契約健診コースは、窓

事業所	保険証記号 (任継:8000)	9999	申請日	平成 ○ 年 7 月 30 日	電話番号 (任継:自宅)	03-3265-3289
	事業所名 (任継:氏名)	株式会社 ○○	社印(任意継続被保険者のみ個人印)	⑩	FAX	03-3265-3533
	所在地 (任継:住所)	〒102-0075東京都千代田区三番町1-5 石油健保ビル			担当者	石油 花子

振込口座	<input type="checkbox"/> 給付金振込口座(右欄への記入不要)	受取銀行	三菱東京UFJ銀行	市ヶ谷支店
	<input checked="" type="checkbox"/> その他の口座 被保険者...個人口座は不可、会社名義の口座のみ 被扶養者...個人口座も可、被保険者又は被扶養者名義の口座	口座番号	普通 当座	0 2 3 4 5 6 7
	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者(被保険者本人名義の口座のみ)	フリガナ	カブシキガイシャ ○○	
		口座名義	株式会社 ○○	

下記の者について「健康診断」を受診しましたので補助金を請求いたします。

保険証番号	氏名	年度末年齢	性別	続柄	健診日	健診費用(税込)	組合利用欄				
							種別	詳細	補助金支給額	受付番号	備考
5	石油 太郎	59	男性	本人	平成○年4月12日	36,750	621	特			
90	石油 次郎	38	男性	本人	平成○年5月26日	26,250	621	特			
125	石油 三郎	28	男性	本人	平成○年4月8日	8,400	621	特			
45	石油 花子	50	女性	本人	平成○年5月9日	39,900	621	特			
103	石油 幸子	42	女性	妻	平成○年5月18日	39,900	621	特			
118	石油 康子	35	女性	妻	平成○年4月15日	12,600	621	特			
							641				
							621	特			
							641				
							621	特			
							641				
							621	特			
							641				
		合計人数	6 名	健診費用合計	163,800	補助金支給額合計			円		

受診日ではなく  
年度末時点で  
達する年齢

「男性」  
「女性」

被保険者から  
見た関係  
「本人」  
「妻(夫)」  
「子(親)」

健診費用は領収書と同じ金額(税込み)を  
ご記入ください。  
対象外のオプション等が含まれている場合は  
当該料金分を減額して支給金額を算出します  
ので、ご了承ください。

組合利用欄

**【補助金支給条件】**

下記の条件を全て満たしている方のみ補助金支給の対象となります。

- ① 受診日当日に当組合の資格がある方
- ② 同年度において健診を1度も受けていない方
- ③ 受診資格要件(年齢や続柄)を満たしている方
- ④ 当組合が指定する必須健診項目を全て受診している方
- ⑤ 全額自費で健康診断を受診した方

**【対象外の健診】**

保険診療

東振協の契約健診コース(追加したオプションについても同様です)

※ 平成27年度健診分より婦人科検査加算は廃止。(オプション扱いになります)

**【請求期限】**

平成27年度健診請求分より健診を実施した日の翌日から6ヶ月以内

内訳	生活習慣病健診 (621) 件	円
	一般健診 (641) 件	円

**【提出書類】**

- ① 必要事項を記入した補助金請求書  
(請求書などの内訳明細もあれば  
コピーを添付してください)
- ② 領収書(原本)  
ネット振込の場合は振込完了画面のコピー
- ③ 病院健診結果のコピー(全項目分)  
氏名の横に記号と番号を明記してください。
- ④ 特定健康診査質問票(40歳以上の方で、健診結果に質問票の記載がない場合必要です)