

◎有印文書につきFAX送信は受け付けられません。
(予防5)

健診実施結果報告書 (事業所担当者用) (兼) 補助金請求書

平成 年 月 日

1.健診の区分のいずれか一つ に○ ※申請は、各々提出してください。		40歳以上の被保険者(本人)・被扶養者(家族)の健診 (補助額上限 28,000円) ※健診結果(コピー可)を添付
		30歳以上39歳までの被保険者(本人)の健診 (補助額上限 12,000円)
		39歳までの被扶養者(家族)の健診 (補助額上限 15,000円)
		女性40歳以上の被保険者(本人)・被扶養者(家族)の婦人科健診 (補助額上限 15,000円)
		二次健診(補助額上限 30,000円) ※ただし、二次健診を平成21年3月31日までに受診したものに限り
2.健診料総額	円	
3.健保負担額	円	内訳(補助金額別にご記入下さい 例.28,000円×10人=280,000円)
4.受診日	自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日	
5.受診者数	名	
6.事業所名称		8.担当者の保険証の記号・番号
7.担当者の氏名	㊟	

受付印

委任状
保健事業実施補助金の受領を (受任者 ㊟)に委任いたします。
代表する被保険者(委任者)氏名 ㊟ (7.担当者が委任者となります)

--

- ※ 7.欄の担当者㊟と委任状欄の代表する被保険者(委任者)㊟は同一のものに限ります。
- ※ 被保険者の健診(婦人科検診・二次健診を除く)の補助対象額は、健診総費用から法定健診該当部分6,000円を控除したものととなります。
被扶養者には控除額はありません。
- ※ 受診者名簿と「健診料の領収書(金融機関の振込金受取証等)・受診者各自の健診料がわかる明細」(コピー可)を添付してください。
- ※ 40歳以上の被保険者の健診には、健診結果(コピー可)を必ず添付してください。

伊藤忠連合健康保険組合