

添付書類

- ・領収書原本
- ・XMLデータまたは健診結果表（紙）の写しと質問票
【年度内40歳以上の方で契約健診機関外で受診の場合必須】

任継 人間ドック・生活習慣病予防健診 補助金請求書

令和 年 月 日

近畿電子産業健康保険組合理事長様

被保険者証の記号 - 番号 9999-

被保険者氏名 _____

住 所 〒 _____

電話番号 _____

下記のとおり〔人間ドック・生活習慣病予防健診〕を受診しましたので補助金を請求いたします。

受診者氏名	性別	生年月日	受診日	健診機関	支払（税込）金額
	男・女	昭和 年 月 日	令和 年 月 日		円
	男・女	昭和 年 月 日	令和 年 月 日		円

※補助は、年度中（4月から翌年3月まで）1回限りです。

※補助の対象者は、35才以上の被保険者および被扶養者です。（起算日：年度末）

※受診日に任意継続被保険者の資格がなければ補助金は支給されません。

振込銀行口座（被保険者名義）

銀行・信用金庫・信用組合				支店・出張所	
口座 番号	普通 ・ 当座			刀がナ	
				口座名義	

※ 下記について、どちらかに○印をつけてください。

- ① 領収書原本の返却を希望されますか（返却不要・返却希望）
返却する領収書には、当組合でお支払した補助金額を記入し、支払日押印後お返しいたします。ご了承ください。
- ② 契約健診機関で受診された場合、健診結果を組合が健診機関へ請求することに同意されますか。
同意しない場合は○をしてください。（同意しない）
同意されない場合は健診結果（紙媒体）の写しと質問票を添付してください。

《お知らせ》

補助金の支払いに3ヶ月ほど時間を要する場合がありますので、ご了承ください。

※ 記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。

なお、従来どおり押印をしている場合については、上記の方法による訂正または従来どおりの押印した印による訂正のどちらかをお願いします。