

--

STD検査補助金支給申請書

下記のとおり受診しましたので、補助金支給を申請します。

申請日：平成 年 月 日

被保険者証の記号	番号	事業所名			
被保険者氏名		被保険者の住所・電話番号			
フリガナ		〒 -			
印		TEL : ()			
日中ご連絡先		携帯電話番号など ()			
生年月日 / 年齢		大正 昭和 年 月 日 / 歳 平成			
医療機関名					
検査受診日		平成 年 月 日			
検査費用総額		円 (消費税込み)			

【補助金振込先】

振込口座は、被保険者名義とします。

銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	種目	口座番号 (右詰めで記入)
フリガナ		フリガナ		1.普通・総合 2.当座	

【申請上の注意】

右記のいずれかに該当する方は、補助金の請求ができません	1. 受診当日に、当組合の被保険者資格のない方 2. 被扶養者の方 3. 保険診療(3割負担)で「STD検査」を受診した方(領収証でご確認願います)
補助金額	年度(4月~翌年3月)内に一度、3,000円を限度に補助いたします。
申請期限	当年度(4月~翌年3月)の受診分 翌年度4月末日(必着)
添付書類	医療機関発行で受診者ご本人宛での「領収証」(原本)
申請先	〒112-0013 東京都文京区音羽2-10-2 音羽NSビル 人材派遣健康保険組合 健康増進グループ
補助金支払日	請求書を組合で受付した翌月末日頃、指定口座に振込みますので 通帳にてご確認願います。

この申請書と添付書類に記された皆様の個人情報は、補助金支給または組合保健事業の企画運営のために使用し、他の目的には使用致しません

組合 使用欄	800	補助 額	円
-----------	-----	---------	---

受付日付印