

--

健康診断〔契約外〕補助金請求書 (A)

下記のとおり「健康診断」を受診しましたので、補助金を請求します。

申請日：平成 20 年 8 月 8 日

被保険者証の記号	番号	事業所名		
7000	1234	キャリアシティ株式会社		
被保険者氏名		被保険者の住所・電話番号		
ワカナ ハケン タロウ		〒 112 - 0001		
派遣 太郎 印		東京都文京区南町 3 - 3 - 3		
		TEL : 03 (1000) 0001		
日中ご連絡先		携帯電話番号など 090 (3333) 1234		
受診者氏名		生年月日	年齢	被保険者との続柄
派遣 花子		大正 昭和 45 年 9 月 30 日 平成	36 歳	本人 ・ 被扶養配偶者
健診機関名		メディカルハケンクリニック		
健診受診日		平成 20 年 7 月 7 日		
オプション検査	骨密度検査の受診 <small>(該当する項目に 印を記入してください。)</small>	あり ・ なし		
	胃検査 <small>(該当する項目に 印を記入してください。)</small>	あり ・ なし		
	肝炎ウイルス検査の受診 <small>(該当する項目に 印を記入してください。)</small>	あり ・ なし		
	乳がん・子宮頸がん検査の受診 <small>(該当する検査の番号に 印を記入してください。)</small>	1.乳がん視診・触診 2.乳がん超音波 or マンモグラフィ 3.子宮頸がん		
健診費用総額		16,000 円 (消費税込)		

【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)
ワカナ トキヨミツビシ		ワカナ ミネコ		1.普通・総合	
東京三菱	0005	南町	001	2.当座	1000001

【請求上の注意】

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・被扶養配偶者の資格のない方 2. 当年度(4月～翌年3月)において、すでに「健康診断(人間ドック等含む)」を受診し、当組合の補助金支給を受けた方 3. オプション検査(骨密度検査・胃検査・肝炎ウイルス検査)のみ受診した方 乳がん・子宮頸がん検査をのぞく 4. 当組合で指定した検査項目・検査方法で受診していない方 5. 保険診療で受診している方
申請期限	当年度(4月～翌年3月)の受診分 翌年度5月末日(必着)
添付書類	健診機関発行で受診者の方宛ての「領収証」(原本)と「健診結果表」(写)
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ください。

この申請書と添付書類に記載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	視・触診	骨密度	健診 種別	補助 額	円
	マンモ	胃			
	子宮	肝炎			

~~~~~ 受付日付印 ~~~~~