

|  |
|--|
|  |
|--|

## 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20年 10月 28日

|           |         |                          |
|-----------|---------|--------------------------|
| 被保険者証の記号  | 番号      | 事業所名                     |
| 8000      | 12345   | (株)はけんスタッフ               |
| 被保険者氏名    |         | 被保険者の住所・電話番号             |
| フリガナ      | ハナイ サキコ | 〒112-1234                |
| 花井 咲子 印   |         | 東京都文京区麹町10-10            |
|           |         | TEL: 03 (3000) 0003      |
| 日中ご連絡先    |         | 携帯電話番号など 090 (9000) 0009 |
| 生年月日 / 年齢 |         | 大正昭和平成 50年 5月 5日 / 32歳   |
| 医療機関名     |         | 麹町産婦人科                   |
| 検査受診日     |         | 平成 20年 10月 21日           |
| 検査費用総額    |         | 20,000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 ミズホ | 0001  | フリガナ コジマ | 021   | 1.普通・総合<br>2.当座 | 1234567      |
| みずほ銀行    |       | 麹町       |       |                 |              |

### 【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<br>2. 被扶養者の方<br>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5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 <b>通帳にてご確認願います。</b>                                |

この申請書と添付書類に記載された皆様の個人情報、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<br>使用欄 | 800 | 補助<br>額 | 円 |
|-----------|-----|---------|---|

~~~~~ 受付日付印 ~~~~~