

指定医療機関以外で受診する（した）場合

- 申請書類：「健康診査補助金支給申請書」（単票） 1医療機関毎に1枚でお申し込みください。
- 請求期限：受診日から2年以内
- 添付書類：「健診の結果表（写）」  
「領収書（写）」

（事業主へ一括振込の場合の記入例）

事業主に依頼して申請する場合は、申請者欄に会社所在地、会社名、代表者名をご記入ください。

受診期間（1人目～最終）をご記入ください。

代表者印のご捺印をお願いいたします。

被保険者・被扶養者の別を で囲んでください。

健康診査補助金

健康診査・補助金支給申請書（当組合指定医療機関外）

健康診査受診日 自平成 23年 5月 10日 至平成 23年 7月 20日

実施者数 合計 6名  
被保険者 男 3名 女 2名  
被扶養者 男 名 女 1名

当組合指定医療機関外実施医療機関名 **ABC病院**

申請者 氏名 **健保 一郎**  
住所 **東京都中央区日本橋大伝馬町**  
電話 **03 ( 1234 ) 5678**

振込先銀行 **小伝馬町** 支店  
口座番号 **普通・当座 12345678**  
口座名義人 **株式会社 代表取締役 健保 一郎**

お問合せ先 全日本理美容健康保険組合 電話 03-6661-6106

補助金の振込先口座をご記入ください。（会社へ一括振込の場合、会社の口座となります）

受診人数をご記入ください。なお、1医療機関の受診で複数枚にわたりご記入いただく場合は、総人数をご記入ください。

健康診査・受診者名簿（補助金）

事業所記号 **1234** 事業所名 **株式会社**

支給を事業主に依頼して申請する場合は、申請代理と受領について被保険者の委任印を捺印してください。

保険証の番号	区分	氏名	年齢	性別	実施日	委任印	補助法コース名	検査料	支給額	請求額	備考
1	本人家族	健保 一郎	72	男	6/10	(捺印)	D1				
2	本人家族	健保 太郎	38	男	5/17	(捺印)	B				
2	本人家族	健保 花子	35	女	6/1	(捺印)	A2				
3	本人家族	理容 健太	22	男	7/20	(捺印)	A1				
4	本人家族	美容 保子	24	女	7/20	(捺印)	A1				

注：この申請を事業主に依頼する場合、健康診査結果表（又は結果表）が個人情報であることを認識し申請書に添付利用することについて、同意があったものとして取り扱います。

上記のとおり健康診査（健康診断）を実施し、全 円を領収したことを証明します

内訳 (単位 ¥) として (消費税) 円 × 実施者数 (名) 円 × 実施者数 (名)

平成 年 月 日

医療機関名  
所在地  
医師名

上記に証明をもらうか又は領収書の写しを添付。（受診コースごとの価格が記載されていること）

領収書を添付できない場合のみ、医療機関の証明を受けてください。

会社へ一括振込の場合のみ、医療機関の証明を受けてください。委任印が必要です。