

赤枠内は記入必須箇所
となります。

保健事業健診等補助申請書



下記のとおり健診等を受診しましたので、規定により補助を願いたく、別紙証拠書（※1）を添えて申請します。

令和 ○ 年 6 月 1 日

住所 伊那市荒井3672番地
被保険者 氏名 健保 太郎

KOA 健康保険組合殿

被保険者証の番号	34・ ×××××	事業所名	KOA株式会社
受診者氏名	健保 太郎	所属部署名	KOA健康保険組合出向
被保険者との続柄	本人	生年月日	××××年 1 月 1 日
受診項目	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 歯科健診 <input type="checkbox"/> 予防接種	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 乳がん健診 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> PET 健診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん健診
受診日	令和 ○ 年 5 月 1 日	支払金額	40,000 円
受診機関名	××クリニック		

委任状 (※2)	私は下記の者を代理人と定め、補助金の受領に関する権限を委任します。		
	令和 ○ 年 6 月 1 日		
	被保険者	住所 伊那市荒井3672番地 氏名 健保 太郎	
代理人	住所 伊那市荒井3672番地 氏名 健保 花子		
振込先銀行	<input type="checkbox"/> × <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 金庫組合	<input type="checkbox"/> ○△□ 支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 当座 No. ××××××

被保険者の登録口座以外に
支払う必要がある場合のみ
ご記入ください。

健康保険組合 記入欄	受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日
	支払年月日	令和 年 月 日	支給決定金額	円
	常務理事	事務長	担当者	円
				円
			支払内訳	円
				円

- ・領収証（原本）と健診結果のコピーを必ず添付してください。また、人間ドックについては「質問票」も添付してください。
- ・「委任状欄」は、申請者以外の方の口座に支払う必要がある場合のみご記入ください。
- ・「委任状欄」は押印省略できません。