

# 保健事業健診等補助申請書

赤枠内  
記入必須

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 □月 ×日

被保険者

住所 上伊那郡箕輪町中箕輪14016

氏名 健康 保子

KOA 健康保険組合殿

被保険者証	記号	××	番号	×××××	事業所名	しんしん堂
受診者氏名	健康 保子			所属部署名	KOA健康保険組合	
被保険者との続柄	本人	生年月日		□年 ×月 ○日		
受診項目	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック	<input type="checkbox"/> 脳ドック	<input type="checkbox"/> 健康診査			
	<input type="checkbox"/> PET健診	<input type="checkbox"/> 歯科健診	<input type="checkbox"/> 予防接種			
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん健診	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん健診	(マンモ・エコー)			
受診日	令和 ×年 ○月 □日	支払金額	○○○○○ 円			
受診機関名	△△△クリニック					

被保険者の登録口座以外に振込を希望される場合のみ記入

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 ○月 ○日

被保険者 住所 上伊那郡箕輪町中箕輪14016  
氏名 健康 保子

健康

代理人 住所 上伊那郡箕輪町中箕輪14016  
氏名 健康 一郎

健康

振込先銀行 ○× 銀行 金庫 組合 ○△□ 支店 普通 当座 No. ××××××

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

※1 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、人間ドックおよび健康診査（40歳以上受診者）については「質問票」も添付してください。

※2 「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。