

保険証記号				
-------	--	--	--	--

助成金交付決定並支給伺 [※組合使用欄]	決裁	常務理事	事務長	課長	係長	係員
助成金総額				人員	人	
				1人当額	円	

健康診断 助成金交付申請書

事業主記入欄	愛知県情報サービス産業健康保険組合 御中 申請内容及び下記注意事項を確認のうえ申請します。					
	助成金の申請をする項目を○で囲んでください	特定健診	一般健診	生活習慣病健診	人間ドック	女性健診
		脳ドック	歯科健診	前立腺がん検査	肺がん検査	
	※申請書1枚につき1健診項目のみ申請可能					
申請日	令和 年 月 日	事業所所在地				
申請人数	人	事業所名称				
		事業主名				

※保険証記号、事業主記入欄、申請者名簿の記入をお願いします。

【添付書類】下記の①、②及び40歳以上の方は③を必ず添付してください。

- 健診機関の領収書の原本（受診者氏名・料金が明記されているもの、複数人が受診している場合は、各々の氏名・料金が明記されているもの）
- 健診結果表（写し可）
- 質問票（40歳以上の方で特定健診・一般健診・生活習慣病健診・人間ドック助成金の申請の場合）
※当組合ホームページよりダウンロード可能

【注意事項】

- 各健診の支給条件(※)を満たさない場合、助成金が支給されませんので確認をお願いします。
- 健診結果につきましては、当組合の特定保健指導、疾病予防、健康管理事業に使用します。個人情報の保護には万全を期し目的以外の使用は致しません。
- 助成金は事業所宛に振込をさせていただきますので、被保険者の同意の確認をお願いします。
- 当組合が確認のため必要と判断した場合、他の書類の提出をお願いする場合がありますのでご了承願います。
- 申請期限は、健診受診年度の翌年度6月末日(土日の場合は前営業日)です。(当組合必着)

※ 支給条件の詳細につきましては、組合冊子・ホームページ等をご覧ください。<http://www.aikenpo.or.jp>

申請者名簿			
保険証番号	本人・家族	氏名	受診日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
	本人・配偶者・子・親・その他		令和 年 月 日
合計		名	

※申請者が書ききれない場合は、「申請者名簿続紙」をご利用ください