保険証記号	1	0	0	0

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〇で囲んでください

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　3　年　4　月　30　日	事業所所在地	名古屋市中区錦2－2－13
		事業所名称	情報サービス株式会社
申請人数	3　人	事　業　主　名	情報　太郎

※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。

① 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）

② 健診結果表（写し可）

③ 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】

1　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。

2　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。

3　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。

4　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。

5　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
1	**本人**・配偶者・子・親・その他	健保　一朗	令和 3 年 4 月 9 日
1	本人 **配偶者**・子・親・その他	健保　花子	令和 3 年 4 月 9 日
5	**本人**・配偶者・子・親・その他	組合　和男	令和 3 年 4 月 15 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