

常務理事	事務長	係	担当者

## 定期健康診断補助支給申請書

★健診の補助を申請される方には、健診結果のコピーを添付していただきます。頂いた健診データは、疾病統計等の作成・保健指導の資料等に使用されます。

健康保険記号				申請対象健診月				申請年月日				
				平成	年	月	健診分	平成	年	月	日	
事業所名称						電話番号			ご担当者名			
受 診 者 状 況	定期健診				申請人数				補助申請額計			
	一般健診				本人		名		円			
					家族		名		円			
	生活習慣病健診 (35歳以上)				本人		名		円			
					家族		名		円			
	人間ドック (35歳以上)				本人		名		円			
					家族		名		円			
	女性検診				本人		名		円			
					家族		名		円			
	P S A 検査 (40歳以上)				本人		名		円			
家族					名		円					
申請額合計								円				
補助額は事業所の保険料振替口座にお振込いたします。												

中部アイティ産業健康保険組合理事長 殿

┌───────────┐  
受付年月日

健康保険組合記入欄	
振込予定日	平成 年 月 日
特定健診対象	名

【補助対象受診期間】 40歳以上:4月～12月 39歳以下:4月～1月

【申請期間】	受診日		申請期間
	4月～6月受診	⇒	4月～8月20日まで
	7月～9月受診	⇒	7月～11月20日まで
	10月～12月受診	⇒	10月～1月20日まで(40歳以上)
			10月～2月20日まで(39歳以下)
	1月受診(39歳以下のみ)	⇒	3月15日まで

◎申請可能期間の締切日が土日祝日の場合は、前日が締切日となります。

【添付書類】 申請者一覧表・健診結果(写)・\*XMLデータ(40歳以上)・請求書(写)・領収書(原本)

\*XMLデータが提出できない場合は質問票をご提出下さい。