

|      |     |   |     |
|------|-----|---|-----|
| 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<br>診<br>者<br>状<br>況     | 定期健診               |  |  |         | 申請人数 |      |     |       | 補助申請額計 |   |   |  |
|                           | 一般健診               |  |  |         | 本人   | 名    |     |       | 円      |   |   |  |
|                           | 生活習慣病健診<br>(35歳以上) |  |  |         | 本人   | 名    |     |       | 円      |   |   |  |
|                           |                    |  |  |         | 家族   | 名    |     |       | 円      |   |   |  |
|                           | 人間ドック<br>(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<br>(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り日が土日祝日の場合は、前日が締切り日となります。

【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。