疾病予防補助金交付申請書

常務理事	事務長		担当者
支給決定額		円	
決定年月日	令和	年	月 日

飯野健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____ (申請者) 印

被保険者証記号番号 _____ 記号 _____ 番号 _____ ()

事業所名 _____

事業主又は受領代理人氏名 _____ 印

下記の通り疾病予防事業を実施したので補助金の交付を申請します。

受診医療機関名 _____ 所在地 _____

申請金額 _____ 円

受診の種類		成人病健診・人間ドック・主婦検診・その他 (実施項目を○で囲む)				
受診者氏名	続柄	被保険者証記号番号	受診年月日	事業主負担額	健康保険組合負担額	個人負担額
				円	円	円
				円	円	円
				円	円	円
				円	円	円
				円	円	円
			各負担額合計	円	円	円

注1. この申請書には、実施医療機関の領収書（正）と検査成績表またはその写しを添付してください。

注2. 受診者氏名の欄が不足の場合（事業所単位で受診の場合等）は、受診者名簿を添付してください。

注3. 太枠の中は記入しないでください。