

様式②

支給決定伺	本件下記のとおり補助金を支給してよろしいか。						支給決定額	円
	常務理事	事務長	課長	係長	担当者			
	補助金額計算							

注：上の枠内は記入しないで下さい。

簡易成人病健診料<<35歳以上>>（契約健診機関以外）補助金申請書

※ 契約外機関健診については、当健康保険組合に事前に連絡のうえ見積書を必ず提出してください。

※ 健診項目が不足している場合は補助ができませんので、「健診項目一覧表」をご参照ください。

当日窓口で一部負担金「3,000円」を支払う、東振協（とうしんきょう）の契約機関での受診をお勧めいたします。
【当健康保険組合のホームページをご覧ください】

東振協の健診の申請用紙は「様式①-2」をご使用ください。

★35歳以上（誕生日が昭和63年3月31日以前の方が対象となります）

健診機関名					電話番号			
健診日	被保険者証 記号一番号 ◎番号順にご記入願います。	フリガナ 受診者氏名	続柄	年齢 5.3.31時点	性別	子宮がん・乳がん 検診	追加 未受診項目 (記入不要)	
/	-					子宮 乳	PSA・肝炎 眼底・胸・胃・大腸 尿・()	
/	-					子宮 乳	PSA・肝炎 眼底・胸・胃・大腸 尿・()	
/	-					子宮 乳	PSA・肝炎 眼底・胸・胃・大腸 尿・()	
/	-					子宮 乳	PSA・肝炎 眼底・胸・胃・大腸 尿・()	
/	-					子宮 乳	PSA・肝炎 眼底・胸・胃・大腸 尿・()	
※ 受診者を記入でききれない場合は、名簿を別途作成のうえ添付して下さい。								
補助金の振込先 (事業所名義)		銀行			支店	普通・当座・その他()		
		フリガナ			口座番号			
		名義						

上記のとおり、簡易成人病健診を受診したので、「健診結果(写し・コピー)・電子データ」、「請求書(写し・コピー)・領収書(写し・コピー)」、「様式②-質問票・【標準的な質問票】」を添えて申請します。併せて、今回の健診結果を貴組合が実施する保健指導などの保健事業に利用することにも同意します。

年 月 日 事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

西日本パッケージング健康保険組合

*この申請書のためにご提供いただいた個人情報及び健診結果は、当健康保険組合の実施する保健事業に利用させていただきます。当該目的以外に使用することはございません。