

記入例

本人 → 総務担当 → 本部労務 → 健保

健康保険補助金支給申請書（被保険者・被扶養者）

【 特定健診受診料・婦人科検診料・その他 】

本人提出日	令和3年 2月 10日			聖隷健康保険組合		
被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		被保険者 (申請者)の 氏名・印	(フリガナ) セイレイ タロウ		
	記号	1		番号	12345	
	所属施設の名称			生年月日	職種・仕事内容	
	聖隷〇〇病院			平成2年 1月 1日	事務職	
	被保険者 (申請者)の 住所	(フリガナ) ハママツシナカク〇〇チョウ (〒1234-5678) 日中連絡のつく電話 053(123)4567 浜松市中区〇〇町△△△△				
対象者が 被扶養者の 場合	氏名	聖隷 花子	続柄	妻	発生 年月日	令和3年 1月 15日
補助金 の種類	① 特定健診受診料 ② 婦人科検診受診料 ③ その他()			申請金額	2,000 円	

※在職者は、原則「被保険者・申請者」欄を記入ください。

※「受取代理人」欄は事業所が記入する

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を受取代理人に委任します。	
	「被保険者・申請者」	「受取代理人」
	氏名 聖隷 太郎 住所 浜松市中区〇〇町△△△△	氏名 住所

※任意継続・退職者等は支払金融機関の欄を記入。

支払金融機関の欄	銀行 金庫	本店 支店	種別	1: 普通 2: 当座	口座 名義 人氏 名	(フリガナ)
	口座番号					申請から1~2ヶ月後に、被保険者の 給与振込口座に振り込まれます

備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です)
-----	---

※健診(検診)の補助金申請の場合、必ず「領収証」と「健診(検診)結果」を添付してください。

※健診(検診)の補助金申請の場合、受診後2か月以内に申請してください。

※婦人科検診の補助内容は、ホームページの「保健事業」→「婦人科検診について」をご覧ください。

健保欄	支給決定金額	円	受付日付
	子宮頸部がん【3,570円】、経膈エコー【1,500円】、 乳房視触診【1,260円】、乳房エコー検査【2,940円】、乳房レントゲン1方向(35歳以上)【3,150円】		

2021年6月改訂