

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 ・ 静岡県外歯科健診 ・ その他_____ 】

本人提出日		年 月 日				聖隷健康保険組合			
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号				被保険者 (申請者)の 氏名	(フリガナ)			
	記 号		番 号						
	所属施設の名称					生年月日		職種・仕事内容	
						年 月 日			
	被保険者 (申請者)の 住所		(フリガナ)						
			(〒 -) 日中連絡のつく電話 ()						
対象者が 被扶養者の 場合		氏 名			続 柄		発 生 年 月 日	年 月 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 静岡県外歯科健診 ④ その他()					申 請 金 額	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》	
	年 月 日		氏 名	
	氏 名		氏 名	
	住 所		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							

備考欄	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。
※補助内容は、ホームページをご覧ください。

健 保 欄	支給決定金額	円	受付日付
	子宮頸部がん【4,180円】、 経腔エコー【3,850円】、静岡県外歯科健診【3,300円】 乳房視触診【1,260円】、 乳房エコー検査【2,970円】、 乳房レントゲン1方向(35歳以上)【2,970円】		