

受付年月日	年 月 日	支給支払決議書		
伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係
決裁年月日	年 月 日			
支払承認年月日	年 月 日			
支払年月日	年 月 日			
支給額	円	資格取得	年 月 日	
不承認		資格喪失	年 月 日	

個別健診 補助金申請書

被保険者証の 記号・番号			会社名		
受診者氏名			生年月日	年 月 日	
			続柄	本人・家族	
健診コース名	<input type="checkbox"/> 1)生活習慣病 <input type="checkbox"/> 2)人間ドック <input type="checkbox"/> 3)一般健診(被扶養者である配偶者のみを対象) 追加オプション → <input type="checkbox"/> ①乳がん検査 <input type="checkbox"/> ②子宮がん検査 <input type="checkbox"/> ③前立腺がん検査 ※上記1),2)を受診する方で希望する方は①,②,③オプションを追加できます。 ※同一年度内で、上記区分の該当年齢にあるいずれか1区分を1回受診できます。 ※健診機関によっては、追加オプション等を実施していない場合もあります。				
健診機関名				受診日	
				年 月 日	
健診機関の 住所、 電話番号	〒				
				ご請求額	円
受診者の 住所、 電話番号	〒				
振込希望の 銀行	銀行		支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号
口座名義は被保険者本人のものを記入してください。 (家族分の補助金も被保険者本人の口座へ振り込みます。)					

上記のとおり申請します。	年 月 日
システナ健康保険組合 理事長 殿 住 所 被保険者の 氏 名	
	押印省略不可 印

添付書類:領収書(原本)、健診結果(写し)
 添付された領収書(原本)はお返しいたしません。