

受付年月日	年 月 日	支給支払決議書		
同年月日	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)一般社員健診(法定項目のみ) <input type="checkbox"/> 4)被扶養者である配偶者のみ対象の一般健診 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 <small>※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。</small>		
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 口座番号 <input type="checkbox"/> 当座 口座名義人(カナ)
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	押印省略不可
氏名	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。