

(別紙)

## 健診後受診補助金支給申請書

システナ健康保険組合

|                                           |      |                                   |    |        |           |  |
|-------------------------------------------|------|-----------------------------------|----|--------|-----------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>請<br>求<br>者<br>） | 記号   |                                   | 番号 |        | 所属<br>事業所 |  |
|                                           | 氏名   | フリガナ                              |    |        |           |  |
|                                           |      |                                   |    |        |           |  |
|                                           | 住所   | 〒                      ー          |    |        |           |  |
|                                           | TEL  |                                   |    | e-mail |           |  |
|                                           | 振込口座 | 注：ご家族が受診者の場合も、被保険者本人の口座を記載してください。 |    |        |           |  |
| <div>銀行</div> <div>支店</div>               |      |                                   |    |        |           |  |
|                                           | 口座番号 | （ 普通・当座 ）                         |    |        |           |  |

|             |        |             |                                                                                          |         |     |   |
|-------------|--------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|---|
| 受<br>診<br>者 | 氏 名    |             | 生年月日                                                                                     |         | 男・女 |   |
|             | 対象疾病   |             | 該当する疾病を○で囲んでください。<br>(1) 生活習慣病（血圧、血糖、脂質、肝機能、腎機能）<br>(2) がん（肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん、前立腺がん） |         |     |   |
|             |        | 健診機関名・受診機関名 |                                                                                          | 実施日・受診日 |     |   |
|             | 初回検査   |             |                                                                                          | 年       | 月   | 日 |
|             | 再検査・受診 |             |                                                                                          | 年       | 月   | 日 |

|      |                                    |                                                                                                      |
|------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 添付書類 | ※補助金申請には以下の書類が必要です。確認の上チェックしてください。 |                                                                                                      |
|      | <input type="checkbox"/>           | 健診後受診補助金支給申請書（本紙）                                                                                    |
|      | <input type="checkbox"/>           | 初回検査結果の写し<br>※受診者名及び再検査または治療開始を要するとの判定が分かる記載部分                                                       |
|      | <input type="checkbox"/>           | 支払領収証【 <b>原本</b> 】                      ( <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 調剤薬局) |
|      | <input type="checkbox"/>           | 診療・調剤明細書【 <b>原本</b> 】              ( <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 調剤薬局)      |

|     |                                                         |
|-----|---------------------------------------------------------|
| 送付先 | 〒135-8073 東京都江東区青海 2-4-3 2 タイム 2 4 ビル 5 F<br>システナ健康保険組合 |
|-----|---------------------------------------------------------|

(健保使用欄)

支 給 額

四

受付印