

配偶者健診 補助金申請書

保険証記号-番号 -	被保険者の在籍している事業所名※	氏名 ⑩	年齢
---------------	------------------	---------	----

※出向・派遣先名称ではありません。保険証に記載されている事業所名をご記入ください。

◆申請される健診について以下ご記入ください

	健診機関名	実際に支払った費用	合計
基本健診			
乳がん検診			
子宮頸がん検診			

◆個人で申請される場合（基本、月末締め翌月末に振込みます）

日中連絡が取れる電話番号

◇振込先口座をご記入ください（任意継続の方は加入時に申請いただいた口座にお振込みいたします）。普通口座に限ります。

銀行・労金 信金・農協	店 口座名義人	カナ
		漢字
金融機関コード	店番コード	口座番号

◇ゆうちょ銀行をご希望の方は、**上記に加え**、キャッシュカードに記載されている記号番号を以下にご記入ください。

記号-番号

◆事業所が代理で申請する場合（給付金振込口座に振込みいたします）

事業所名	⑩	←公印をご捺印ください
事業主名		
担当者部署名	担当者名	連絡先（電話番号）

◆補助金額の上限は以下です。上限を超えた額は実費となります。がん検診クーポン使用時は補助の対象となりません。

・基本健診 ￥20,000 ・乳がん検診 ￥5,000 ・子宮頸がん検診 ￥5,000

◆次の書類を全てセットにして申請をしてください。※健診は12月末まで請求は1月末まででお願いします

- ①配偶者健診補助金申請書 ②健診結果（コピー）
③健診費用のわかる領収書 ④問診票（鈴与健保オリジナル）※鈴与健保HPよりダウンロードして下さい

◆書類送付先

〒424-0942 静岡市清水区入船町8-20 鈴与健康保険組合 健康管理室（Tel054-354-1190）

◆申請される際、以下の健診項目等が含まれていることが必須となります。

- 身体測定（身長、体重、BMI、腹囲） ○血圧測定 ○検尿（尿糖、要蛋白） ○健診機関名 ○診断した医師の名前
・脂質検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール）
○血液検査
・血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c）※随時血糖は対象外です。
・肝機能検査（GOT、GTP、γ-GTP）

【以下 健保記入欄】

補助金支給総額	¥
振込日	西暦 年 月 日

常務理事	事務長	経理	健康管理室