

(個人申請用)
助成金支給申請書

※備考欄(組合使用欄です。記入しないでください。)

個人申請
記入例

被保険者証の記号・番号	1830 9999	受診者の氏名・性別	ケンコウ ハナコ 健康 花子	男 女	被保険者との続柄	妻	生年月日	〇〇年〇月〇日
住所	(申請者と異なる場合のみご記入ください) 〒			日中連絡可能な電話番号	××-〇〇〇〇-××××			
医療機関の名称	すこやか産婦人科医院 他							
医療機関の所在地・電話番号	東京	都道府県	電話番号	××-〇〇〇〇-××××				
申請項目	項目	受診日	医療機関に支払った金額(消費税込の金額をご記入ください)					
	家族健診	〇年〇月〇日	10,500円					
	上部消化管(胃)検診	年 月 日	円					
	婦人科検診	〇年〇月〇日	6,300円					
総支払金額			16,800円					
婦人科検診申請の方は受診項目			乳がん検診 ・ 子宮がん検診					

■ 申請の前に次の事項をご確認ください ■

- 申請に際しては、①受診された健(検)診の種類が明記された領収書(原本) ②健(検)診結果通知(コピー) ③40歳以上の方で健康診査を受診された場合は標準的な質問票もしくは同内容の問診票を添付ください。
- 助成金の対象となる健(検)診は全額自費で受診されたものに限ります。保険診療(3割負担)扱いの健(検)診は対象外となります。また、当組合と直接契約のある医療機関において、助成金額をすでに差し引いた金額をお支払いいただいている場合も対象外となります。
- 婦人科検診は年度内1回の申請となります。乳がん検診、子宮がん検診を別々の医療機関で受診した場合は、必ずまとめて申請ください。

当組合の個人情報の取扱いに同意し、上記のとおり申請します。 〒 000 - 0000

〇年〇月〇日

住所 東京都中央区〇〇1-2-3

被保険者

東京証券業健康保険組合理事長 殿

氏名

健康 一郎

▼被保険者ご本人名義の口座に直接お振込みしますので、正確にご記入ください

振込先	金融機関名	〇〇	銀行	銀行コード 0 0 0 0				支店名	△△	支店	支店コード 0 0 0		
	※被保険者名義の口座	種目	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座番号	(右づめで記入ください) 9 9 9 9 9 9 9				口座名義	(銀行に登録してある名前をカタカナで、アルファベット登録の場合はアルファベットでお書き下さい) ケンコウ イチロウ			

※代理人が助成金を受領する場合、代理人は原則、事業所担当者に限ります。

代理人に助成金の受領を委任するとき(委任欄)	この申請書の助成金受領については、下記の代理人に委任します。						
	年	月	日				
	被保険者	住所	氏名				
	代理人	事業所名(住所)	氏名				

受付日

※お問合せ先 健康管理課
TEL: 03-3666-8845