

【事業所申請用】

助成金支給申請書
(健康診査・胃検診・婦人科検診)

※組合使用欄

【問合せ先】 健康管理課 TEL:03-3666-8845

▶ 枠内をご記入ください。この申請書に記入された個人情報、助成金支払い事務のみに使用します。

事業所記号	事業所名						
支店名	事業所担当者 氏名・連絡先		TEL : ()				
医療機関名	医療機関の 都道府県		都道 府県				
申請項目	項目	単価 (消費税込)	受診人数		合計金額 (消費税込)		
			男	女			
	本人	健康診査	円			円	
		上部消化管(胃)検診	円			円	
		婦人科検診 (乳がん検診・子宮がん検診)	円			円	
	家族	健康診査	円			円	
		上部消化管(胃)検診	円			円	
婦人科検診 (乳がん検診・子宮がん検診)		円			円		
総支払金額					円		
振込先	金融機関名	銀行	銀行コード		支店名	支店	支店コード
	事業所名義	種目	口座番号	(右づめで記入ください)		口座名義	(銀行に登録してある名前をカタカナで、アルファベットの場合はアルファベットでご記入ください)
東京証券業健康保険組合理事長 殿		事業所名					
上記のとおり申請します。		申請者氏名					
年	月	日	※申請者は事業主・事業主代理人又は健康管理者				

【重要】申請前に必ずお読みください

【注意事項】

☞ 保険診療扱いの費用、委託医療機関での差額精算後の費用は支給対象外です。

【健康診査申請時】

☞ ①健康診査費用の領収書(原本) ②請求明細書(コピー) ③健診結果(コピー) ④標準的な質問票又は同内容の問診票(※40歳以上の方のみ)を添付してください。

☞ 肝炎ウイルス検査、大腸がん検査の費用は支給対象外です。

【上部消化管(胃)検診申請時】

☞ ①胃検診費用の領収書(原本) ②請求明細書(コピー) ③検診結果(コピー)を添付してください。

【婦人科検診申請時】

☞ ①婦人科検診費用の領収書(原本) ②請求明細書(コピー) ③検診結果(コピー)を添付してください。

☞ 乳がん検診、子宮がん検診を別々に受診した場合は、まとめて申請してください。(年度内1回の申請)

【提出先】 〒103-0025

東京都中央区日本橋茅場町3-1-2

東京証券業健康保険組合 健康管理課

受付日