

健康保険 任意継続被保険者 保健事業補助金等支給申請書

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

<注意>

- この申請書は、任意継続被保険者が保健事業補助金の申請手続きをするための用紙です。
- 申請書は各補助金ごとに作成してください。1枚の申請書で複数の補助金申請はできません。
- 記入誤りには二重線を引き、上から訂正印を押印してください。（修正テープは使用できません。）
- 申請する補助金によって添付書類は異なります。申請前に当組合ホームページにて必ずご確認ください。
- 補助金の受付締切日は、**当該年度の2月15日（休日の場合は前営業日）健保組合必着**となっております。

被保険者情報	健康保険の	記号	20	番号		生年月日	☐ 1.昭和 ☐ 2.平成 ☐ 3.令和	年 月 日	
	フリガナ								
	氏名								
	住所	〒							都 道 府 県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				携帯電話	— —	
振込先	金融機関 名 称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()						本店・支店 代理店・出張所・本店営業部 本所・支所	
	預金種別	☐ 1.普通 ☐ 2.当座	口座番号					左づめでご記入ください。	
	口座名義 (カタカナ)							口座名義人は被保険者に限ります。 姓と名の間を空けてご記入ください。	

申請内容	補助金の種類	☐ 1. 人間ドック(契約外) 2. 生活習慣病検診(契約外) 3. 自治体検診 4. インフルエンザ予防接種 5. 新型コロナウイルスワクチン接種				
	対象者	氏 名	続 柄	受診日/実施日	支払った金額	インフルエンザ予防接種回数 (小学校6年生以下のみ記入)
			本人 家族	令和 年 月 日	円	1回目 ・ 2回目 (2回分の場合は両方に○印)
			本人 家族	令和 年 月 日	円	1回目 ・ 2回目 (2回分の場合は両方に○印)
			本人 家族	令和 年 月 日	円	1回目 ・ 2回目 (2回分の場合は両方に○印)
			本人 家族	令和 年 月 日	円	1回目 ・ 2回目 (2回分の場合は両方に○印)

健保組合使用欄

常務理事	事務長	課長	係長	係

支給決定額
円

受付日付印
