

平成29年度 35歳 付加健診補助金支給申請書

(昭和57年4月1日～昭和58年3月31日生まれの被保険者)

イオン健康保険組合理事長殿

申請日 平成 年 月 日

※私は、健診機関にて35歳付加健診を受診しましたので、下記のとおり申請いたします。

被 保 険 者 (請 求 者)	記号・番号										会社名 部室店名	
	被保険者氏名	⑩									日中連絡がとれる 電話番号(店舗等)	勤務先: 自宅等:
	受診日	平成 年 月 日			受診者 生年月日			昭和 年 月 日				
	振込先 (被保険者の口座) ※ゆうちょ銀行不可	銀行・信金		本・支店		口座 番号 (普)		フリガナ		口座名義		
記 入 欄	定期健康診断に追加して受診した検査項目に○印を記入してください。											
		尿酸					尿潜血					
		クレアチニン					ウロビリノーゲン					
		HbA1c										
	受診した健診費用の合計額			円		左記費用の内、定期健康診断に 追加した検査項目の合計額			円			

注
意
事
項

① 対象者:平成29年4月1日現在、当健康保険組合に加入の35歳(平成30年3月31日現在の年齢:
昭和57年4月1日～昭和58年3月31日生まれ)の被保険者

②対象検査項目:尿酸・クレアチニン・HbA1c・尿潜血・ウロビリノーゲンの5項目
※定期健康診断(法定健診項目)受診時に、この対象検査項目(5項目)を追加
し同時に受診した場合、その追加項目について補助します。

③受診期間:平成29年4月1日～平成30年1月31日

④提出期限:平成30年2月28日(イオン健康保険組合必着)

⑤提出書類:**a. この用紙(補助金支給申請書)**
b. 領収書の原本(レシート不可)(返却はいたしません)
・宛名は受診者名のこと、会社名は不可。
・定期健康診断に加えて対象検査項目を受診したことおよび対象検査項目の料金が確認できる
領収書(原本)を貼付してください。

⑥振込み:原則、毎月5日迄に受理した申請書については、25日の振込みとなります。
尚、記入もれや添付書類のもれ等がありますと振込みが遅れる場合もありますので
ご注意ください。(25日が金融機関休業日の場合は翌営業日以降の振込みとなります)

※ ゆうちょ銀行への振込みはおこなっておりません。
※ 資格喪失後の受診は補助金支給対象外となります。
※ 提出いただきました書類の返却は行いません。必要な場合は写しをおとり下さい。

<イオン健康保険組合手続き欄> 資格取得日 . . . 資格喪失日 . . .

支給決定何				補助金	出納日印
常務理事	事務長	課長	係		
				円	

