

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 29 年 7 月 10 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	イオンリテール(株) 〇〇店	
	被保険者氏名	幕張 一郎 (印)		日中連絡がとれる 電話番号(店舗等)	勤務先：043-123-□□□□ 自宅等：090-1234-〇〇〇〇
	受診日	平成 29 年 6 月 5 日		受診者 生 年 月 日	昭和 57 年 6 月 2 日
	振込先 (被保険者の口座) ※ゆうちょ銀行不可	〇〇 銀行・信金	千葉 本・支店	口座 番 号 (普)	××××××
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。				
	<input type="checkbox"/>	尿酸	<input type="checkbox"/>	尿潜血	
	<input type="checkbox"/>	クレアチニン	<input type="checkbox"/>	ウロビリノーゲン	
	<input type="checkbox"/>	HbA1c			
	受診した健診費用の合計額	7,875 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	1,050 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	

