

平成 29 年度 配偶者健診 補助金支給申請書

(昭和 53 年 4 月 1 日～昭和 63 年 3 月 31 日生まれの被扶養配偶者)

イオン健康保険組合理事長殿

申請日 平成 29 年 7 月 15 日

※配偶者が健康診断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 入 欄	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 太郎 (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
	受診者氏名	幕張 花子									受診者 生 年 月 日	昭和 54 年 6 月 16 日
	受診日	平成 29 年 6 月 6 日									支払った金額	6,300 円
	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)	××××××	フリガナ	マクハリ タロウ	口座名義	幕張 太郎			

領収書(原本)貼付欄

※健康診断を受診したことが確認できる領収書(原本)を貼付してください。

注 意 事 項	①対象となる健診：一般的な健康診断
	②対象者：平成 29 年 4 月 1 日現在、当健康保険組合に加入の 30 歳以上 40 歳未満(平成 30 年 3 月 31 日現在の年齢：昭和 53 年 4 月 1 日～昭和 63 年 3 月 31 日生まれ)の被扶養配偶者
	③受診期間：平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日
	④補助金額：1 人あたり 5,000 円までの実費(年 1 回のみ)
	⑤提出期限：平成 30 年 4 月 5 日(イオン健康保険組合必着)
	⑥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。 ・健診費用が明記されていること。
	⑦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 . . .

支給決定同				補助金	出納日印
常務理事	事務長	課長	係	円	

