

住友倉庫健康保険組合
健診費用交付申請書

住友倉庫健康保険組合 理事長 殿

申請書フォームの太枠内の事項をすべて記入の上、領収書(オリジナル)を添付して申請ねがいます。

申 請 日	年 月 日		
所属(店部課所)			
被保険者の 社員番号 氏名 保険証記号番号	(被保険者本人の自署であれば押印は不要です※) <u>社員番号</u> ㊞	<u>(保険証) 記号</u> 	<u>番号</u>

※ 被保険者本人の自署のある申請書であればコピー等でも申請を受け付けます(但し領収書等はオリジナルに限る)。

以下のとおり被保険者本人または被扶養者の健診費用にかかる補助金の交付を申請します。

①	受 診 者	氏 名	続 柄
②	希望する 補助金の種類	(いずれかにひとつにチェックを入れてください。同時に複数種類の申請は不可。) ☐ 1. 人間ドック受診費用 (個人で費用を立て替えた場合のみ可) ☐ 2. 婦人科検診受診費用 (ドックとの併用不可、2 回に分けて受診の場合は まとめて一度で申請のこと) ☐ 3. 禁煙外来自己負担額補助	
③	受診医療機関名		
④	受 診 日	年 月 日	
⑤	受診に要した費用の総額(税込)	(領収書オリジナルが本申請書に添付されていない場合は補助金申請できません。) 円	
⑥	その他の 申出事項	(①～⑤の枠内で記載できなかったこと等をご記入ください。)	

以上

組合使用蘭	
補助の適否	補助決定額
☐ 適(全額) ☐ 否(減額または補助不可) 【否の理由】	円

組合承認		
常務理事	事務長	事務員