

《被扶養者(配偶者以外)用》

常務理事	事務長	担当者

補助金 支給決定金額	円
---------------	---

被扶養者(配偶者以外) 健診補助金請求書

※補助金請求書提出 年1回

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長殿
個人情報の利用目的の主旨に同意し、補助金の請求を致します。

記入日: 年 月 日 (※以下、太枠内をすべて記入)

事業所名 [会社名]		部署名	
請求者氏名 [被保険者]			
保険証	記号	受診者 氏名	続柄
	番号		
受診日 (和暦)	令和 年 月 日	生年月日 (和暦)	□ 昭和 □ 平成 年 月 日 (歳)
健診機関名 [病院名]			
No.	健診にかかった費用	補助金等	
1	健診各種 円 ※税込	対象: 40歳以上 上限 3,000 円の実費	

＜個人情報保護法における利用目的のお知らせ＞

提出された書類の個人情報の取扱いは、以下に利用します。

- ◆ 受診資格・受診内容の確認、補助金支払い業務
- ◆ 結果表・質問票を匿名でデータ化し、国への特定健診・特定保健指導の報告、健康分析

支給要件

- ・受診した健診に特定健診項目を全て満たしていること(未実施項目がある場合、補助の対象外)
- ・特定健診項目は、キューピー・アヲハタ健康保険組合のホームページで確認できます。

提出する書類4点

1. 請求書: この用紙に必要事項を記入
2. 領収書: 受診者の氏名、各健診の料金明細(検査名と料金)が記載されていること (原本のみ)
3. 結果表: 補助金請求を行う健診の結果表 (コピー可)
4. 質問票: キューピー・アヲハタ健康保険組合のホームページよりダウンロードして記入

[健保 使用欄]

○健診各種 ¥ _____ ⇒