

(様式第1号)

支給決定伺				常務理事	事務長	係長	扱者
起案日		施行日					
定期健診補助金支給額		円	備考	定期健診 A 2,500円 ・ B 1,000円			

40歳未満

家族・定期健康診断補助金申請書

被保険者	保険証記号・番号	記号		番号	
	事業所名				
	氏名				
受診者 (被扶養者)	フリガナ				
	氏名				
	続柄				
	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)			
	住所	〒			
	電話番号				
	受診機関	定期健診を受けた医療機関の名称及びTEL			

上記のとおり健診結果と領収書を添えて補助金を申請します。

年 月 日

横浜港運健康保険組合理事長 殿 被保険者氏名

委任状

表記補助金の受領を に委任します。

年 月 日 被保険者氏名

振込先	銀行	支店	普通当座	口座名義	口座番号

- この申請ができるのは40歳未満の被扶養者です。(40歳以上の方は特定健康診査を受診して下さい)
- この申請書に健診後の結果報告書と質問票および領収書を添付して受診された年の年度末までに会社経由で健康管理室へ提出してください。
- 血液検査及び心電図検査の受診有無により補助金額が異なります。
- この申請書及び健診結果報告書・領収書等に記載されている個人情報は、保健事業を推進するための目的以外に使用しません。
- この申請に関するお問い合わせ先《 横浜港運健康保険組合 健康管理室 045-201-0656 》