

支給額	常務理事	事務長	担当

河北新報健康保険組合 御中

<オプション検診・補助申請書>

下記の通り、補助金を申請します。

保険証番号	—
被保険者（社員）名	Ⓜ
社員番号	
連絡先（携帯・内線など）	

① 申請日	年 月 日
② 受診者名	(歳) 続柄：

③ 種別に○印、補助申請額（補助上限額以内）を記入

オプション検診名	検診種別		補助申請額	受診年月日
	いずれかに○印			
胃がん	住民	郵送	円	
子宮がん	住民	郵送	円	
乳がん	住民	-	円	
大腸がん	住民	郵送	円	
前立腺がん	住民	郵送	円	
骨密度検査	住民	-	円	
喀痰検査	住民	郵送	円	
肝炎検査	住民	郵送	円	
住民検診（詳細項目）	住民	-	円	
合 計			円	

④ 任継の方：被保険者の口座を記入して下さい（社員は給与経由でキャッシュバックします）

銀行名		口座番号	
支店名		氏名（カナ）	

- ご注意
- 1) 領収書を裏面に糊づけしてください
 - 2) 領収書には受診者名および摘要の記載が必要です
 - 3) 補助は年度内 1 回。重複した場合は返還していただきます
 - 4) 保険診療は補助の対象外です