

常務理事	事務長	課長	係員		起案	
					決裁	
					支給額	円

## 健康診査等補助金請求書

大阪鉄商健康保険組合

※請求する種目の番号に○をしてください。

1 一般健康診査	2 生活習慣病予防健診	3 人間ドック
4 ( )がん検診	5 二次検査	6 歯周治療等
7 インフルエンザ予防接種		

被保険者が請求する場合	被保険者証の記号・番号	-	事業所名称
	上記のとおり受診しましたので補助金を請求します。		
	年 月 日	〒	-
	住所		
	被保険者(請求者)		
	氏 名		
	大阪鉄商健康保険組合 あて		
	電話番号 ( )		

事業主が請求する場合	上記のとおり受診しましたので補助金を請求します。 なお、添付した健診結果の提出は、各受診者の同意を得ていることを申し添えます。 年 月 日 事業所名称 大阪鉄商健康保険組合 あて 事業主氏名
------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

振込希望口座	請求者の口座への振込を原則としますが、それ以外の口座への振込は委任状が必要です。					
	金融機関名及び本・支店名	預金種類	口座番号			フリガナ 名 義
	銀行・金庫 組合・農協	普通				
	金融機関コード	当座				
	本店 支店	その他( )				
	本・支店コード					

◎禁煙治療補助金を請求する場合は、「禁煙治療補助金請求書」をご利用ください。

**【添付書類等】**

一般健診・生活習慣病予防健診・人間ドック	健康診断領収書(原本)・健診結果表(コピー)・質問票(40歳以上のみ)
各種がん検診	がん検診領収書(原本)・検診結果表(コピー)
二次検査	二次検査領収書(原本)・検査結果 ※簡略化したものでも可
歯周治療等	歯周検査・治療領収書(明細書)の原本 ※治療の概要を空欄に記入してください。
インフルエンザ予防接種	インフルエンザ予防接種領収書(原本) ※インフルエンザ予防接種とわかるもの。

