

下 記 の 金 額 支 出 し て よ ろ し い か				決 裁 欄		
支 給 額	円	款	保健事業費	常務理事	事務長	担当者
起案年月日	令和 年 月 日	項	保健事業費			
決裁年月日	令和 年 月 日	目	疾病予防費			

【依頼事項】被保険者記号・番号は必ず記入のうえ提出をお願いいたします。
(マイナポータルもしくは「資格情報のお知らせ」で確認してください)

家 族 (任 継) 住 民 検 診 補 助 金 支 給 申 請 書

下記の説明を読んで請求してください。

* 太枠内を記入してください。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	—		被 保 険 氏 名 (社 員 氏 名)		
現 住 所	〒 — TEL() —				
受 診 者 名			続 柄	年 齢 歳	
受 診 者 生 年 月 日	年 月 日		お 住 ま い の 市 区 町 村	市 ・ 区 ・ 町 ・ 村	
受 診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
健 診 項 目					
健 診 費 用					
上記のとおり、家族住民検診受診費用 円の補助金を申請します。					
ナブテスコグループ健康保険組合 理事長殿 令和 年 月					

※ 補助金の限度額は、5,000円です。

但し、補助金申請の合計額が1,000円未満の場合は対象外になります。

注) 請求時の金額が 1,000 円以上でも、医療機関独自の検診や保険証を利用した検診が含まれる場合は
全額不支給となる場合がありますので注意してください。

説
明

ア. 申請書は会社を通さず、直接健康保険組合へ送付ください。

イ. 「領収証」(検診項目が記載されたもの)の原紙を添付ください。

ウ. 年度分をまとめて、3 月 31 日までに健康保険組合必着で申請ください。

エ. 補助金振込口座について、給与振込以外の事業所の方で現在口座の登録をされていない場合は「新規登録依頼書」の提出をお願いいたします。(健保ホームページより出力ください)

◎ 訂正する場合、二重線で消して訂正印を押してください。

問合せ・送付先

〒651-2271 神戸市西区高塚台7丁目3-3

ナブテスコグループ健康保険組合

TEL (078) 996 - 3700

MAIL: ntsgr-kenpo@nabtesco.com

—— 受付日付印 ——

★ 領収書(原本)をこの面に貼付し、申請書と一緒にご提出ください。

住民検診 領収書 貼付台紙

確認事項

- ☐ 申請する費用は自治体の行う住民検診を受診したものである。

医療機関独自の検診、保険証を利用した保険診療などは補助の対象外です。領収書の返却は行いませんので、申請前に、住民検診の費用であるかを必ずご確認ください。

- ☐ 検診項目が確認できる。

検診項目の記載がない領収書では、費用の内容について確認ができない為、補助金の支給ができません。領収書に記載がない場合は明細の確認できる書類も貼付ください。

貼付方法のお願い

- はがれないようにのり付けをお願いします。(ホチキス・セロハンテープ不可)
- 領収書・明細書等が A4 サイズの場合は台紙不要です。
- 台紙が 1 枚で足りない場合は、この台紙をコピーして使用いただくか A4 白紙に貼付してご提出ください。(両面の貼付不可)
- 領収書が複数ある場合、重ねて貼付いただいても良いですが、領収書の右上が見えるように貼付してください。

貼付例) タテ向き

