別紙②

# 健康診断・胃検診補助金申請書

尼崎機械金属健康保険組合理事長　様
次のとおり、健診の補助金を申請します。

| | |
|---|---|
| 事業所記号 | |
| 事業所所在地 | (〒　　―　　) |
| 事業所名称 | |
| 事業主名 | ㊞ |
| 電話番号 | （担当者名） |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 健診実施日 | 平成　　年　　月　　日 | | | |
| 健診機関<br>※○印をつけてください。 | 1.　ハーティ２１<br>2.　福慈会（福慈クリニック・尼崎クリニック）<br>3.　島田クリニック<br>4.　カワイクリニック<br>5.　カーム尼崎健診プラザ<br>6.　その　他<br>名　称［　　］<br>所在地［　　］ | | | |
| 受診した被保険者数 | (1)　一般健康診断　［　　名］<br>(2)　特別健康診断　［　　名］<br>(3)　胃　検　診　［　　名］ | | | |
| 補助金振込先 | 銀行<br>信用金庫 | 支店 | 口座番号 | 普通・当座 No. |
| | | | 口座名義 | フリガナ |

※添付書類・健診機関が１・２・３・４・５の場合は領収書（コピー）又は振込受取書（コピー）
・健診機関が６の場合は①領収書（コピー）又は振込受取書の（コピー）②結果一覧表（被保険者証記号番号を受診者名の横に記入してください。）③特定健康診査に係る対象被保険者の健診結果データ（ＸＭＬ）

**※以下、記入しないで下さい。**

| 健保組合記入欄 | | |
|---|---|---|
| (1) 一般健康診断 | 名 | 円 |
| (2) 特別健康診断 | 名 | 円 |
| (3) 胃　検　診 | 名 | 円 |
| 補助金支給金額合計 | | 円 |