常務理事	事 務 長	部　　長	課　　長	課長代理	係

補助金適用 契約健診機関利用申込書

健康診査事業実施のため、健診結果が健保組合にも通知されることに同意のうえ、下記のとおり生活習慣病健診の利用を申込いたします。

記

実 施 予 定 日	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日
健診種別	生 活 習 慣 病 健 診
実施人数	人

年　　月　　日

事業所記号（　　）

事業所名称

(注)

① この申込書は、健診機関が組合へ生活習慣病健診の補助金請求を行う補助金適用契約健診機関を利用される場合に使用してください。

② 利用される**健診機関へ直接予約**してください。予約が成立しましたら健診予約日の**２週間前までに**、組合へ申込書を提出してください。

③ 別紙「補助金適用契約健診機関受診者名簿」を添付してください。
（受診者名簿は**補助金対象者のみ記入**し、**受診月ごと**に作成してください。）

④ 利用料金は、補助金を差引いた額を健診機関へお支払いください。
（利用後に組合へ生活習慣病健診補助金請求書の提出は不要です。）

⑤ 健診日を変更または中止する場合は、健診機関及び健保組合へご連絡ください。

⑥ 通知された健診結果は、健康診査事業以外の目的には利用いたしません。