|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（任継用）

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請いたします。

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 |

令和　　年　　月　　日

記号・番号　（９９９－　　　　　）

被保険者住所

被保険者氏名

（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の補助金請求は不要です。）

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。

( 別 紙 )

補助金適用契約健診機関受診者名簿（任継用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記　　号 | ９９９ | 番　　号 |  |
| 健診機関名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健診年月日 | フリガナ | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 健診種別 |
| 氏名 |
| ･　･ |  | SH | 　・　 ・ |  | 男女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  | SH | 　・　 ・ |  | 男女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  | SH | 　・　 ・ |  | 男女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  | SH | 　・　 ・ |  | 男女 | 生活習慣病健診 |
|  |
| ･　･ |  | SH | 　・　 ・ |  | 男女 | 生活習慣病健診 |
|  |

（注）

①　補助金対象者のみ記入し、受診月ごとに名簿を作成してください。

②　性別欄はいずれかに○をしてください。

大阪府電設工業健康保険組合

TEL 06-6385-2851

（請求先：大阪府電設工業健康保険組合　〒564-0063 大阪府吹田市江坂町1-12-38）

健診機関名称 ㊞