# 補　助　金　申　請　書

岡谷鋼機健康保険組合
理　事　長　殿

申請日　　年　　月　　日

| 被保険者証 | 記号　　番号 | 社員番号 |
|---|---|---|
| 申請者（被保険者）氏名 | | |
| 対象者　　氏名 | 日中連絡先　TEL　（　　）<br>内容確認等で健保組合より連絡させていただく場合があります。 | |

【申請項目】
自由診療のみ
健康保険を利用しての診療は対象外

- □　前立腺がん
- □　子宮頸がん
- □　簡易脳ドック
- □　予防接種（インフルエンザ（海外在住者、65歳以上）・麻疹風疹）
- □　その他　(かかりつけ医での健診費等）（　　）

【必要添付書類】　①　健診（検診）結果コピー　但し、予防接種は不要
②　領収書（原本）及び診療明細書　（検査の内容がわかるもの）
注）受診医療機関、受診日、受診者の記載があるもの。
領収書（原本）等は、お返しいたしません。ご了承下さい。

【補助対象者】　受診日において、当健康保険組合の被保険者・被扶養者であること。
【支給方法】　被保険者のキャッシュレス口座に振込。　支給までに2か月ほどかかる場合も有。
【申請受付期限】　当該年度の２月10日迄（海外者は3月10日迄）　当健保組合必着
提出が期限を過ぎた場合は、翌年度の支給対象分とさせていただきます。

| 備考欄（申請にあたり補足説明等があれば、ご記入下さい。） |
|---|
| |

| 診　療　日 | 医療機関名 | 領収額 |
|---|---|---|
| 月　　日 | | |

| 領収書（原本）をここに貼り付けして下さい |
|---|
| （裏　面　も　可） |

申請書送付先　　問合せ先
〒460-0008　名古屋市中区栄二丁目4番18号
岡谷鋼機健康保険組合
TEL　（052）204-8136
FAX　（052）204-8607

| （健保組合）受付印 |
|---|
| |