

健診等助成金申請書

20 年 月 日

ジョイフル中勢へご持参、又は郵送にて申請してください。

(一社)三重中勢勤労者サービスセンター 御中 下記のとおり請求します。

6ケタの会員は左詰めで記入		事業所名
会員番号	<input type="text"/>	
フリガナ 会員氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>
健診日	20 年 月 日	

- ★申請資格は、健診時と申請時に会員であること。
- ★受診期間は、4月1日から翌年3月31日までの1回限りです。但し、申請期限は、翌年4月30日です。
- ★複数健診の場合は、同一年度内であれば合算して申請できます。
- ★一般定期健診や健康保険適用診療は、全額自己負担でも対象外です。(手引きP5参照)

【申請に必要なもの】健診等助成金申請書(本書)、健診等内容確認できる領収証(写し可)

医療機関・健診機関発行の領収証のコピーを添付してください。宛名は会員本人のフルネームで但し書きに付加健診・がん検診等の明細が確認できるもの。確認できない場合は、内容確認できるものを添付してください。

該当する助成項目を してご記入ください。個人負担金額を下記の9段階で助成します。

助成項目 ※健診内容が確認できる領収証(写し可)を添付			
付加健診(眼底検査、腹部超音波検査、尿沈渣顕微鏡検査、血液学的検査等) がん検診(胃がん・乳がん・子宮がん・大腸がんなど) ドック・脳ドック・PET・MRI 検診等			
<input checked="" type="checkbox"/> 記入	合計金額 (自己負担金額)	助成金額	支給方法・助成金額決定
<input type="checkbox"/>	1,000 円以上 2,000 円未満	500 円	申請口座へ振込み 領収証金額に一般健診金額が合算されている場合は、全額自己負担でも一般健診分(7,000 円・協会健保基準)を控除した金額で助成金額を決定します。 ※一般(定期健診とは、身体計測、血圧測定、尿検査、血液検査、心電図検査、胸部レントゲン検査等)です。
<input type="checkbox"/>	2,000 円以上 4,000 円未満	1,000 円	
<input type="checkbox"/>	4,000 円以上 6,000 円未満	2,000 円	
<input type="checkbox"/>	6,000 円以上 8,000 円未満	3,000 円	
<input type="checkbox"/>	8,000 円以上 10,000 円未満	4,000 円	
<input type="checkbox"/>	10,000 円以上 12,000 円未満	5,000 円	
<input type="checkbox"/>	12,000 円以上 14,000 円未満	6,000 円	
<input type="checkbox"/>	14,000 円以上 16,000 円未満	7,000 円	
<input type="checkbox"/>	16,000 円以上	8,000 円	

●助成金の振込先 右記のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 登録されている本人口座へ振込む <input type="checkbox"/> 登録されている事業所口座(会費引落口座)へ振込む <input type="checkbox"/> 初回の申請と上記以外は右記の口座へ振込む	振込先 金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫・農協	本店・支店・支所 出張所・営業所
	金融機関コード	店番	口座種類 1. 普通 2. 当座
	口座番号	フリガナ 口座名義人	

ジョイフル中勢記入欄					確認 [㊟]	入力 [㊟]	受付 [㊟]
判定金額	入会年月日	年 月 入会	申請期間	翌年度の4月30日			
円	回数	年度1回限り	支出年月日	20 年 月 日			