

配偶者健康診断補助金申請書

年 月 日

中央ラジオ・テレビ健康保険組合 御中

記号・番号 _____

被保険者氏名 _____

連絡先電話番号 _____

次の通り健康診断を受診いたしましたので、補助金の申請をいたします。

受診者氏名(配偶者)					
生年月日	昭和・平成	年	月	日	
受診年月日		年	月	日	
受診医療機関					
指定振込先 (被保険者口座)	銀行・信用金庫	金融機関コード			
	信用組合・農協				
	本店・支店 支所・出張所	店番号			
	預金種別	普通・当座			
	口座番号				
口座名義(カタカナ)					

- 【添付書類】 領収書(原本)
 健康診断結果票(写)

◎ 対象者は、受診年度末年齢34歳以下の被扶養配偶者で、受診当日に当健保組合に加入していることを条件とします。

◎ 補助金支給額は、健康診断費用総額(税込)の80%とし、上限額(30,000円)以内で、年度内1回の支給とします。

◎ この申請書に記載された内容は、補助金支給の目的以外には利用いたしません。