

健 保 記 入 欄	支 給 額	円	常務理事	事務長	担当

健康保険 健診費用補助金支給申請書
【本人(被保険者)がオプション・風疹抗体検査を受けたとき】

提出日	年 月 日						
被保険者等 記号番号	記号	被保険者 氏名	生年月日	昭和	年	月	日
	番号			平成			
被保険者 住所	〒		所属及び 部署名				
	電話 ()			電話 ()			
風疹抗体 検査につい て	受診(検査)日		年 月 日				
	受診医療機関	名 称					
		所在地					
	風疹抗体検査 申請金額 *予防接種ワクチンではありません		円 ※補助金上限額 2,700円(税込)となります				
	※抗体の有無について		<input type="checkbox"/> 抗体あり	<input type="checkbox"/> 抗体なし	<input type="checkbox"/> その他		
備考							
給付金振込先	給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。						

【申請上の注意事項】

- 受診日に当組合の資格のない方は申請できません。
- 年度内2,700円(税込)を上限として風疹抗体検査にかかった費用を補助します。

【添付書類】

- 領収書(原本)
- 検査結果がわかる書類等の写し
- *口頭で検査結果を伝えられた時は抗体検査の有無にチェックしてください。

【送付先】

郵送の場合 : 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室
 大気社グループ健康保険組合

受付日印

大気社グループ健康保険組合