補 助 金 支 給 申 請 書

金　　円	生活習慣病予防健診A 生活習慣病予防健診B 女性生活習慣病予防健診C 特定健診 人間ドック 脳検査（脳ドック）

但し、令和　　年度　　月分　　名
（40歳以上　　名）

セメント商工健康保険組合　殿

令和　　年　　月　　日

「領収書（原本）」・「検査成績表（写し）」・「質問票（40歳以上の方）」を添えて申請いたします。

確認欄	事業所担当者の方の確認欄
□	補助金支給申請にかかる添付資料等について確認いたしました。 左の□に✓を入れてください。

事業所記号	

所在地
事業所　名　称
代表者

「健診を実施した支店・工場等の」

名　称
所在地

※任意継続被保険者の方のみ記入してください。

振り込み先	銀行・金庫・組合　　本・支店 （預金口座種目：普通・当座）（口座番号：　　）

※この欄は記入しないでください。

組合使用欄	＝　　円
	＝　　円
	＝　　円
	＝　　円
	合計　　円

〔受付年月日〕

※補助金の支払は、受領責任者あて振込みます。
※脳検査の補助対象者は40歳・45歳・50歳及び55歳以上の被保険者です。