別紙②

健康診断・胃検診補助金申請書

尼崎機械金属健康保険組合理事長　様
次のとおり、健診の補助金を申請します。

事業所記号	
事業所所在地	(〒　　―　　)
事業所名称	
事業主名	
電話番号	（担当者名）

健診実施日	年　　月　　日			
健診機関 ※○印をつけてください。	1.　ハーティ２１ 2.　福慈会（福慈クリニック・尼崎クリニック） 3.　島田クリニック 4.　カワイクリニック 5.　カーム尼崎健診プラザ 6.　その他 名　称［　　］ 所在地［　　］			
受診した被保険者数	(1)　一般健康診断　［　　名］ (2)　特別健康診断　［　　名］ (3)　胃検診　［　　名］			
補助金振込先	銀行 信用金庫	支店	口座番号	普通・当座 No.
			口座名義	フリガナ

※添付書類・健診機関が１・２・３・４・５の場合は領収書（コピー）又は振込受取書（コピー）
・健診機関が６の場合は①領収書（コピー）又は振込受取書の（コピー）②結果一覧表（被保険者証記号番号を受診者名の横に記入してください。）③特定健康診査に係る対象被保険者の健診結果データ（XML）

※以下、記入しないで下さい。

健保組合記入欄		
(1) 一般健康診断	名	円
(2) 特別健康診断	名	円
(3) 胃検診	名	円
補助金支給金額合計		円