申請年月日 年 月 日

神栄健康保険組合 御中

健 保 欄	今回支給決定額	円
	前回支給額	円
	支給日	年 月 日

理事長	常務理事	担当者

被保険者疾病予防補助金申請書（被保険者用）

太枠内にご記入ください。

記号・番号	—	会社名	
被保険者氏名			

種類	利用日	内容（簡単に記入）	利用料（合計）
保険適用外の各種検査			円
			円
			円
			円
感染症抗体検査・予防接種			円
健康セミナー参加費用			円
保険適用外の禁煙治療			円
その他			円

合計(年間限度額 5,000 円)	円
-------------------	---

<添付書類>

- 利用内容がわかる領収書（コピー）

電子申請「楽々Workflow」を利用できない被保険者のみ、この申請書を利用して申請してください。

注) 被扶養者と任意継続者は、この補助金制度の対象外です。
がん検診補助金制度をご活用ください。

受領印