組合記入欄	支給決裁伺				起案日	保険証の記号	支給人数
	常務理事	事務長	課　長	係　員	令和　　年　　月　　日		名
					支給決定日	補助金申請 No.	支給決定額
					令和　　年　　月　　日		円

提出書類について

生活習慣病健診もしくは人間ドックをご受診の場合は「健診結果表・領収書（写）・質問票」を、乳房Ｘ線検査・乳房超音波検査・子宮頸部細胞診検査をご受診の場合は「領収書（写）（受診者氏名・健診種別の記載があるもの）」のみを、この申請書に添付のうえ、ご提出ください。
また、受診者が２名以上の場合には、「補助金交付申請書（続紙）」も併せてご提出ください。

令和７年度　補助金交付申請書

申請区分	生活習慣病健診	人間ドック	※ 以下のいずれか一方のみ申請可能		子宮頸部細胞診
			乳房Ｘ線（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ）	乳房超音波（エコー）	
対象年齢	30歳以上	40歳以上	40歳以上	40歳以上	20歳以上
補助額	3,000円×　　名	10,000円×　　名	1,000円×　　名	1,000円×　　名	1,000円×　　名
受診した健診機関名					
受診年月日	受診者（申請者）が２名以上の場合はカッコ内もご記入ください 令和　　年　　月　　日　～　（令和　　年　　月　　日）				
支払った額	受診者（申請者）が２名以上の場合はカッコ内もご記入ください 円　　（単価：　　円）				

本申請書及び添付書類に記載されている情報が、保健事業を推進するために使用されることに同意したうえで、
補助金を申請します。また、本申請に基づく補助金に関する受領を下記の受取代理人に委任します。

令和　　年　　月　　日　　神奈川県建設業健康保険組合　理事長殿

受診者(申請者)	２名以上の場合は、以下の欄には「続紙参照」と記入してください。	受取代理人	受診者が被保険者の場合は「事業主」 受診者が被扶養者の場合は「被保険者」
氏名：		住所：	
記号：　　番号：　　年齢：		氏名：	

振込指定口座欄（上記の受取代理人の口座情報をご記入ください）						
金融機関名称	□銀行 □金庫 □信組 □農協		□本店 □支店 □その他(　　)		支店番号	必ずご記入ください
預金種別	□普通 □当座	口座番号		口座名義（ｶﾀｶﾅ）		

注意事項
① 健康診断等の受診後は速やかにご申請ください。なお、申請期間は当該年度の末日までです。
② 上記の「支払った額」が「補助額」に満たない場合は、「支払った額」までを補助いたします。
③ 任意継続被保険者及びその被扶養者については、任意継続被保険者の個人口座にお振込みいたします。
④ 本申請書及び添付書類に記載されている情報の秘密を厳守し、保健事業を推進するための目的以外に使用しません。

神奈川県建設業健康保険組合