

(2023年度)

健 保 決 裁	部 長	課 長	確 認	電算入力

年齢次健診補助金交付申請書

対象は令和5年度に35歳・40歳・45歳・・・の5歳刻みの年齢で、JA長野健保に令和4年4月1日以前より加入している方

下記の通り年齢次健診を実施したので補助金の交付を申請いたします。

被保険者	記号	氏名
	番号	
事業所名		
受診者	続柄	氏名
	生 年 月 日	

1

人間ドック実施証明

医 療 機 関 の 証 明	実 施 日	人間ドックの種類	料 金
		年 月 日	日帰り・1泊
	上記の通り実施したことを証明する。		
	年 月 日		
	㊟		

補助金決定額

¥ 35,000

内訳

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿 年 月 日

受 領 委 任	名称 私は事業主 殿
	氏名
	に上記健診料の受領に関する手続き及び受領を委任いたします。
	被保険者 氏名 (自署)

送金年月日

※申請にあたっては裏面の注意事項をご一読下さい。

※ 厚生連病院以外で受診された場合は領収書を貼付してください。また、40歳以上の方で厚生連病院以外で受診された場合は領収書のほかに、以下の2つを添付してください。

1. 健診結果の写し 2. 記入済みの質問票(質問票は健保組合にお問い合わせいただくか、健保組合ホームページよりダウンロードしてください。)