

常務理事	課長	課長補佐	係長	係員	簡易生活習慣病予防	名	円
					生活習慣病予防	名	円
					人間ドック	名	円
					東振協+脳(契約外+脳)	名	円
					補助金合計支給額	名	円
特定健康診査事業費				円	疾病予防費		円

令和6年度(受診期間 令和6年4月1日~令和7年3月31日)

契約外健康診査補助金支給申請書

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

観光産業健康保険組合理事長 殿

健康診断を実施いたしましたので補助金の支給を申請します。

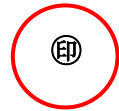
なお、事業所口座への振込を受診者との間において了承を得ています。

事業所(保険証記号)

0	0	0
---	---	---

事業所所在地 東京都千代田区神田神保町〇-〇-〇

事業所名 (株)〇〇ホテル



代表者名 健康 太郎

TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

FAX 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

事務担当者名

観光

(担当者直通)

TEL 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

振込先	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	〇〇〇〇	支店	預金 種別	1. 普通	2. 当座
金融機関 コード	△ △ △ △	支店 コード	△ △ △	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
フリガナ	カ) 〇 〇 ホテル						
口座名義	(株)〇〇ホテル						

* 太線の中をご記入ください。

* 年度2回目以降の申請で、事業所情報欄、振込先金融機関欄の記載事項に変更がない場合は、代表印を省略できます。

申請書に添付されている健診結果報告書については、「高齢者の医療の確保に関する法律」および「健康保険法」に基づく特定保健指導等のみ使用し他の目的では使用しません。

【提出期限】 事業所の担当者を通して、受診月の翌月10日までに提出してください。

※最終締切日は令和7年4月10日(当組合必着)まで。最終締切を過ぎますとお支払ができません。

3月末になっても健診結果が届いていない場合、「健診結果は届き次第送付します」と記載した付箋等を添えて、申請用紙と領収書、標準的な質問票等を先にご提出ください。

【提出先】

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町1-4-4-2 神田TNKビル4階
観光産業健康保険組合 総務課 保健事業係 宛

【その他】

- ① 代表者欄は組合に届け出ている方を記入してください。
- ② 振込先は個人の口座ではなく、**事業所口座**を記入してください。(代表者の個人名義口座は不可)
- ③ 申請は、様式1-1または様式1-2(契約外)、様式1-2(東振協)と併せてお送りください。

■ 簡易生活習慣予防健診・全年齢(被扶養者は22歳以上)

■ 生活習慣病予防健診 ・30歳以上

■ 人間ドック ・40歳以上

■ 脳検査 ・50歳以上で「東振協D1コース(人間ドック)」を受診した方

※ただし、脳検査は前年度に補助金支給を受けていない者に限る。