

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

年 月 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)

--	--	--

事業所所在地

事業所名

印

代表者名

TEL

()

FAX

()

事務担当者名

(担当者直通)

TEL

()

振込先	銀行 信用金庫 信用組合	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		
フリガナ				
口座名義				

*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1-4-2 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。