**被扶養配偶者用**

**事業主健診（定期健康診断及び雇入れ時健康診断）結果提出届**

　　年　　月　　日

滋賀県農協健康保険組合　理事長　様

　高齢者医療確保に関する法律により、貴健康保険組合より事業主健診結果の提出を求められましたので、健康診査結果及び質問票を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健保記号番号 | 記号 | 番号 |
| 受診者氏名  （被扶養配偶者） | フリガナ | |
|  | |
| 受診日 | 年　　　月　　　日 | |

同意書

提出しました全健診結果は、滋賀県農協健康保険組合の特定健診・特定保健指導

　事業及び健康管理を目的とした保健事業に利用することを了承します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　受診者署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※被扶養配偶者の署名をお願いします。

**被扶養配偶者特定健康診査助成申請書（償還払い用）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年　 　月　 　日

滋賀県農協健康保険組合 理事長 様

事業所名：

　　　　　　　　　　　　　　　　 　 健保記号番号：記号　　　　　番号

被保険者署名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者の署名をお願いします。

下記のとおり、特定健診項目（質問票）を含む健康診査を受けましたので、助成を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健診受診者氏名（被扶養配偶者） | フリガナ | | |
|  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 生年月日 | 年　　　　 月　 　 　　日生 | | |
| 受　　診　　日 | 年 　 　月　 　日 | 健診費用 | 円 |
| 医療機関名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成金を受ける金融機関名  （**被保険者**名義のみ） | 農協 | 本所（店）  　　　　　支所（店） | 口座番号**（普通）** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |
| 名義人 | |

**＊添付書類：健診結果、質問票（問診票）・・・コピー可**

**領収書・・・・・・・・・・・・・原本**

**以下　健康保険組合記入欄**

|  |
| --- |
| 上記申請にもとづき次のとおり決定します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 支給決定額 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 合 議 | 係 |
|  |  |  |  |

受付印

確認決定印

