※支払決定	年　月　日	決裁	支払日　年　月　日			
			常務理事	事務長	担当者	扶養者確認印
	￥					

生活習慣病検診補助金請求書

保険証の記号・番号			所属部店名	
生活習慣病検診	実施医療機関名			
	実施年月日	年　月　日		
	検診を受けた人の氏名		被保険者との続柄	

上記により検診結果表（写し）を添え、生活習慣病検診補助金を請求します。

補助金請求額	
生活習慣病検診	円
婦人科検診（乳がん検診）	円
（子宮がん検診）	円
合計	円

年　月　日

ジャックス健康保険組合理事長　殿

住　所
請求者氏名　㊞
（被保険者）

銀行振込口座 注）保険証記号が10以外	銀行 信用金庫	支店　口座番号	普通 当座
口座名義	（フリガナ）		

（注）１．振込先口座は**被保険者名義の口座を指定**して下さい。
２．**事業主が株式会社ジャックス（保険証の記号が１０）の方は、給与に合算されて振り込まれるため、上記の口座記入は不要です。**
３．※印は記入しないで下さい。
４．**領収書及び検診結果表を添付**して、被保険者が請求して下さい。