

2025年度 30歳代配偶者健診 補助金支給申請書

(1986年4月1日～1996年3月31日生まれの被扶養配偶者)

イオン健康保険組合理事長殿

申請日 (西暦)2025年8月30日

※配偶者が健康診断を受診しましたので、下記のとおり申請いたします。

被 保 険 者 (請 求 者) 記 入 欄	記号・番号 (右づめ)	× - × × × × × × × ×	会 社 名 部 室 店 名	イオンリテール(株) 〇〇〇店	
	被保険者氏名	幕張 賢人		日中連絡がとれる 電話番号 (店舗等)	勤務先：043-123-〇〇〇〇 携帯等：080-1234-〇〇〇〇
	受診者氏名	幕張 華子		受 診 者 生 年 月 日	(西暦)1988年8月20日
	受 診 日	(西暦)2025年7月1日		支 払 っ た 金 額	8,800 円
	振 込 先 (被保険者の口座) ※ゆうちょ銀行不可	〇〇〇 銀行・信金	〇〇 本・支店	口 座 番 号 (普) ××××××××	フリガナ マクハリ ケント 口座名義 (被保険者) 幕張 賢人

領 収 書 (原 本) 貼 付 欄

※健康診断を受診したことが確認できる領収書(原本)を貼付してください。

注 意 事 項	①対象となる健診：一般的な健康診断
	②対 象 者：2025年4月1日現在、当健康保険組合に加入の30歳以上40歳未満(2026年3月31日現在の年齢：1986年4月1日～1996年3月31日生まれ)の被扶養配偶者
	③受診期間：2025年4月1日～2026年3月31日
	④補助金額：1人あたり5,000円までの実費(年1回のみ)
	⑤提出期限：2026年4月5日(イオン健康保険組合必着)
	⑥提出書類： a. この用紙(補助金支給申請書) b. 領収書の原本 (レシート不可)(返却はいたしません) ・宛名は受診者名のこと、会社名は不可。 ・健診費用が明記されていること。
	⑦振 込 み：原則、毎月5日迄に受理した申請書については、25日の振込みとなります。尚、記入もれや添付書類のもれ等がありますと振込みが遅れる場合もありますのでご注意ください。(25日が金融機関休業日の場合は翌営業日以降の振込みとなります) ※ ゆうちょ銀行への振込みはおこなっておりません。 ※ 資格喪失後の受診は補助金支給対象外となります。 ※ 提出いただきました書類の返却は行いません。必要な場合は写しをおとり下さい。

<イオン健康保険組合手続き欄> 資格取得日 . . . 資格喪失日 . . .

支給決定伺				補助金	出納日印
常務理事	事務長	課長	係		
				円	

