≪　申請前にご確認ください　≫

【添付書類】下記の①、②を必ず添付してください。

①医療機関の領収書の原本（受診者氏名・申請種別毎の料金が明記されているもの・
複数人纏めて申請の場合は、それぞれの氏名・料金が明記されているもの・
Ａ４サイズ以外の場合、こちらに貼り付けのうえ提出）

②健診結果表（写し可。４０歳以上の方で特定健診・一般健診・生活習慣病健診・
人間ドック助成金交付申請の場合は質問票を含む）

※健診結果は下段の記載のとおり活用させていただきますので、ご了承の上申請をお願いします。
個人情報の保護には万全を期し目的以外の使用は致しません。

【注意事項】

１．受診者名簿は、必ず記入してください。

２．氏名が書ききれない場合には「受診者名簿続紙」をご使用ください。

３．助成金は事業所宛に振込をさせていただきますので、ご了承と委任欄への記名をお願いします。

４．当健康保険組合が確認のために必要と判断した場合、他の書類の提出をお願いする場合もございますので
ご了承願います。

５．当健康保険組合の必須検査項目（※１）が未受診の場合、助成金が支給されませんので必ず受診してください。

６．申請期限は、健診受診年度の翌年度６月末日（土日の場合は前日）です。（当組合必着）

※1 必須検査項目の詳細につきましては、HPをご覧ください。

健康診断結果における個人情報の取り扱いについて

・結果数値については、その数値データを契約医療機関または加入者から受け取り、当組合の業務処理コンピューターに入力し、健康診断後の事後指導や生活習慣病予防事業の対象者抽出に利用します。

・当組合は、事業主との共同事業として、健康診断を実施しており、被保険者の健診結果数値については、原則として全て事業主にも連絡し、双方でそのデータを保有し、被保険者（従業員）の健康管理に役立てていくこととしております。

・健診結果データを、当組合マスターデータベースに保存し、今後のデータと比較することによって、健康管理事業や保健指導の参考資料とします。

助成金交付決定並支出伺	決裁	常務理事	事務長	担　当	担　当	担　当

助成金額	円	人員	人	1人当額	円

健康診断助成金交付申請書

受診年月日	令和　　年　　月　　日
受診者数	人
医療機関名	

上記のとおり受診しましたので、下記の受診者を代表し助成金を申請するとともに、本申請にもとづく助成金の受領を下記の者に委任します。

申請日　令和　年　月　日

トーテックグループ健康保険組合　殿

申請代表被保険者　保険証記号番号　100　－

申請代表被保険者　氏名

※氏名は、受診者名簿のうち、被保険者氏名を記入してください。受診者が被扶養者の場合は、その方の被保険者氏名を記入してください。※被扶養者の方の署名は無効です。

委任された者の

所　在　地　名古屋市西区名駅2-27-8

事業所名称　トーテックアメニティ株式会社

事業主氏名　代表取締役　坂井 幸治

受診者名簿

※申請する健診項目に〇

記号番号	区分	氏名	健診実施日	特定健診	一般健診	生活習慣病健診	人間ドック	肺がん検査	前立腺がん検査	女性健診	脳ドック	歯科健診
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									

助成金交付決定並支出伺	決裁	常務理事	事務長	担　当	担　当	担　当

助成金額	円	人員	人	1人当額	円

健康診断助成金交付申請書

受診年月日	令和　　年　　月　　日
受診者数	人
医療機関名	

上記のとおり受診しましたので、下記の受診者を代表し助成金を申請するとともに、本申請にもとづく助成金の受領を下記の者に委任します。

申請日　令和　年　月　日

トーテックグループ健康保険組合　殿

申請代表被保険者　保険証記号番号　200　－

申請代表被保険者　氏名

※氏名は、受診者名簿のうち、被保険者氏名を記入してください。受診者が被扶養者の場合は、その方の被保険者氏名を記入してください。※被扶養者の方の署名は無効です。

委任された者の

所　在　地　名古屋市西区名駅2-27-8

事業所名称　トーテックビジネスサポート株式会社

事業主氏名　代表取締役　坂井 幸治

受診者名簿

※申請する健診項目に〇

記号番号	区分	氏名	健診実施日	特定健診	一般健診	生活習慣病健診	人間ドック	肺がん検査	前立腺がん検査	女性健診	脳ドック	歯科健診
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									

助成金交付決定並支出伺	決裁	常務理事	事務長	担　当	担　当	担　当

助成金額	円	人員	人	1人当額	円

健康診断助成金交付申請書

受診年月日	令和　　年　　月　　日
受診者数	人
医療機関名	

上記のとおり受診しましたので、下記の受診者を代表し助成金を申請するとともに、本申請にもとづく助成金の受領を下記の者に委任します。

申請日　令和　年　月　日

トーテックグループ健康保険組合　殿

申請代表被保険者　保険証記号番号　300　－

申請代表被保険者　氏名

※氏名は、受診者名簿のうち、被保険者氏名を記入してください。受診者が被扶養者の場合は、その方の被保険者氏名を記入してください。※被扶養者の方の署名は無効です。

委任された者の

所　在　地　名古屋市西区名駅2-27-8

事業所名称　トーテックフロンティア株式会社

事業主氏名　代表取締役　松永 文明

受診者名簿

※申請する健診項目に〇

記号番号	区分	氏名	健診実施日	特定健診	一般健診	生活習慣病健診	人間ドック	肺がん検査	前立腺がん検査	女性健診	脳ドック	歯科健診
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									

助成金交付決定並支出伺	決裁	常務理事	事務長	担　当	担　当	担　当

助成金額	円	人員	人	1人当額	円

健康診断助成金交付申請書

受診年月日	令和　　年　　月　　日
受診者数	人
医療機関名	

上記のとおり受診しましたので、下記の受診者を代表し助成金を申請するとともに、本申請にもとづく助成金の受領を下記の者に委任します。

申請日　令和　年　月　日

トーテックグループ健康保険組合　殿

申請代表被保険者　保険証記号番号　400　－

申請代表被保険者　氏名

※氏名は、受診者名簿のうち、被保険者氏名を記入してください。受診者が被扶養者の場合は、その方の被保険者氏名を記入してください。※被扶養者の方の署名は無効です。

委任された者の

所　在　地　神奈川県川崎市幸区堀川町580番地

事業所名称　株式会社日本サーキット

事業主氏名　代表取締役　川原﨑 明

受診者名簿

※申請する健診項目に〇

記号番号	区分	氏名	健診実施日	特定健診	一般健診	生活習慣病健診	人間ドック	肺がん検査	前立腺がん検査	女性健診	脳ドック	歯科健診
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									

助成金交付決定並支出伺	決裁	常務理事	事務長	担　当	担　当	担　当

助成金額	円	人員	人	1人当額	円

健康診断助成金交付申請書

受診年月日	令和　　年　　月　　日
受診者数	人
医療機関名	

上記のとおり受診しましたので、下記の受診者を代表し助成金を申請するとともに、本申請にもとづく助成金の受領を下記の者に委任します。

申請日　令和　年　月　日

トーテックグループ健康保険組合　殿

申請代表被保険者　保険証記号番号　500　－

申請代表被保険者　氏名

※氏名は、受診者名簿のうち、被保険者氏名を記入してください。受診者が被扶養者の場合は、その方の被保険者氏名を記入してください。※被扶養者の方の署名は無効です。

委任された者の

所　在　地　東京都新宿区西新宿2-1-1

事業所名称　株式会社 ソリューション・クルー

事業主氏名　代表取締役　藤原 礼征

受診者名簿

※申請する健診項目に〇

記号番号	区分	氏名	健診実施日	特定健診	一般健診	生活習慣病健診	人間ドック	肺がん検査	前立腺がん検査	女性健診	脳ドック	歯科健診
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									

助成金交付決定並支出伺	決裁	常務理事	事務長	担　当	担　当	担　当

助成金額	円	人員	人	1人当額	円

≪退職後申請書≫　健康診断助成金交付申請書

受診年月日	令和　　年　　月　　日
受診者数	人
医療機関名	

上記のとおり受診しましたので、助成金を申請します。

申請日　令和　年　月　日

トーテックグループ健康保険組合　殿

被保険者証記号番号　　－－　　被保険者氏名

※氏名は、被保険者氏名を記入してください。※被扶養者の方の署名は無効です。

電話番号

（自宅）　　（携帯）

受診者名簿

※申請する健診項目に〇

記号番号	区分	氏名	健診実施日	特定健診	一般健診	生活習慣病健診	人間ドック	肺がん検査	前立腺がん検査	女性健診	脳ドック	歯科健診
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									

助成金の振込先として被保険者名義の口座を記入してください（被保険者名義の口座のみ振込可能）。

振込希望の銀行名		本・支店名
		本店　・　　支店
口座種別	口座番号	口座名義人（被保険者）
1．普通 2．当座		フリガナ

＜　続紙　＞

受診者名簿

※申請する健診項目に〇

記号番号	区分	氏名	健診実施日	特定健診	一般健診	生活習慣病健診	人間ドック	肺がん検査	前立腺がん検査	女性健診	脳ドック	歯科健診
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									
-	本人・家族		R　年　月　日									