

線虫N-NOSE費用補助金申請書

下記の注意事項に同意のうえ、線虫N-NOSE費用補助金を申請します。

申請日	令和 年 月 日	会社名			携帯電話【会社貸与分】 (社内勤務の方)		
		店舗名 (販売スタッフの方)			店舗直通電話番号 (販売スタッフの方)		
保険証記号		保険証番号		請求対象者氏名		区分	本人・家族

申込(購入確定)年月日	支払った費用	健保使用欄(補助額)
令和 年 月 日	円	円

【被保険者名義の振込指定口座】

金融機関名	銀行金庫	口座番号			連絡先(携帯等)	
支店名	支店	預金種別	1:普通 2:当座	口座名義	フリガナ	

- 対象期間は、毎年4月1日～翌年3月31日の間です。
- HBS社より配信される「検体受領メール」を必ず添付してください。
- 支給対象者は、当健保に加入している40歳以上の被保険者および被扶養者の方
- 補助金は、年度内に1回の検査費用に対して、10,000円(上限)を支給します。
- 支払方法：被保険者名義の指定する口座へ振込します。
※被扶養者の方への振込はできません。
- 提出先：ジャヴァグループ健康保険組合

常務理事	事務長	確認者	担当者	受付印