

(任意継続被保険者用)

カフェテリアプラン補助金申請書

日新電機健康保険組合理事長 殿

年 月 日

申請者（被保険者）	
保険証の記号・番号	900-
被保険者氏名	

申請 No	利用者（被保険者/被扶養者）			
①	メニュー利用者	氏名		→下欄（注1）より選択下さい。 →下欄（注2）より選択下さい。 →物品購入時はその物品名（書籍名・物品名等） →メニュー上限点数超過の時、上限まで支給 →○で選択下さい。
		健康保険証の続柄		
	利用メニュー	メニュー名		
		医療機関等の名称		
		メニュー利用日		
(アンケート)	利用されたメニューは効果がある（あった）と思いますか？	思う どちらかといえば思う どちらかといえば思わない 思わない		
②	メニュー利用者	氏名		→下欄（注1）より選択下さい。 →下欄（注2）より選択下さい。 →物品購入時はその物品名（書籍名・物品名等） →メニュー上限点数超過の時、上限まで支給 →○で選択下さい。
		健康保険証の続柄		
	利用メニュー	メニュー名		
		医療機関等の名称		
		メニュー利用日		
(アンケート)	利用されたメニューは効果がある（あった）と思いますか？	思う どちらかといえば思う どちらかといえば思わない 思わない		
③	メニュー利用者	氏名		→下欄（注1）より選択下さい。 →下欄（注2）より選択下さい。 →物品購入時はその物品名（書籍名・物品名等） →メニュー上限点数超過の時、上限まで支給 →○で選択下さい。
		健康保険証の続柄		
	利用メニュー	メニュー名		
		医療機関等の名称		
		メニュー利用日		
(アンケート)	利用されたメニューは効果がある（あった）と思いますか？	思う どちらかといえば思う どちらかといえば思わない 思わない		

注1) 続柄	注2) メニュー名	
本人	健保事業)59歳ドック	オムロン活動量計:HJA-403C、HJA-400
妻	健保事業)節目年齢人間ドック	オムロン体重体組成計
長男	任意の人間ドック	オムロン全自動上腕血圧計
次男	健保事業)家族健診	オムロン電気治療器:HV-F5200/HV-F5000
三男	市民検診	オムロン低周波治療器:HV-F1200
四男	歯科検診(中学生以上)	加湿空気清浄機(パナソニック・シャープ・ダイキン)
長女	在宅検診(メソ細胞研究所)	空気清浄機(パナソニック・シャープ・ダイキン・ブルーエア・バルミューダ・カドール)
次女	骨そしょう症検査	電動歯ブラシ(パナソニック・オムロン・フィリップ・ブラウン)
三女	前立腺がん検査	ホテイメイクシートスタイル
四女	かかりつけ医での子宮がん検査	ノンフライヤー(フィリップス)
父	インフルエンザ予防接種	ウォーキングシューズ(アシックス・ミズノ・ヨネックス・ニューバランス)
母	その他の予防接種	ジョギングシューズ(アシックス・ミズノ)
義父	花粉症対策マスク(購入先NBP・年1回11月)	心拍計
義母		スポーツ施設利用
その他		爽快棒&DVD(COSPAスポーツ)
		FITBIT(Charge3 Versa Ionic Inspire)