

乳児保健指導補助金申請書

被保険者証記号番号	記号 番号	日中連絡がとれる 電話番号			
被保険者名			メールアドレス※任意		
健診受診者名			生年 月日	年 月 日 (歳)	続柄
受診年月日	年 月 日	受診した医療機関名			

■ 保健指導金額を記入してください（1人について1回に限り補助を受けることができます。）

補助対象	対象年齢	保健指導金額	自己負担	健保補助金額上限	健保記入欄
乳児保健指導補助対象とする検査 【発育、栄養、疾病予防、育児相談等】	生後1年未満の乳児 ※受診日現在の年齢	円	健保補助上限超過分	3,300円	

■ 振込先金融機関（被保険者名義の口座を記入してください。なお未記入の場合は給与の第一口座に振込いたします。）

銀行 金庫	本店 支店	支店番号		
普通・当座	口座番号	(フリガナ) 口座名義		

■ 以下の必要書類3つを、以下の送付先に送付してください。

必要書類	①乳児保健指導補助金申請書（本紙）、②領収書(原本必須)、③母子健康手帳（写し）
送付先	キオクシア健康保険組合 乳児保健指導係宛 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト
補助金申請書提出期限	保健指導日から2ヶ月以内

■ お問い合わせ先

TEL 03-6384-1333 info@kioxia-kenpo.com

キオクシア健康保険組合 [2023年4月版]

健康保険組合記入欄

補助金額	円
振込金額	円
振込日	

事務長	担当者