

年度人間ドック利用補助金申請書

保険証 記号・番号	—	事業所名	
被保険者 氏名		所属部署	
受診者 氏名	(続柄:)	生年月日	記入日現在 年 月 日 才
健診機関	所在地: 名称:		
受診(予定)日	年 月 日	健診費用の 窓口負担	無 ・ 有 (“有”の場合は下の振込口座をご記入下さい)
* 健診機関でドック費用を支払う(支払った)方のみ、下記に被保険者名義の口座をご記入下さい。			
指定銀行		口座 NO.	口座名義(カナ)
銀行	支店	普通 当座	
対象者	補助の内容	健保補助の上限額	
被保険者	脳ドック、レディースドック、がん検診等	33,000円	
被扶養者(配偶者)	"	33,000円	

※ 健診費用の総額にはオプション費用も含まれます

- ※ 窓口負担された方は、受診後下記の書類を送付下さい。
① 領収書(原本) ② 結果表(写)
- ※ 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と疾病予防、また補助金の精算にのみ利用いたします。
- ※ 健診補助は年度に1回とし、重複受診はできません。

上記の内容を確認してご記入下さい (自筆であれば印鑑はシャチハタで可)	
上記の内容並びに健診結果を提供する事に同意し、補助申請します。	
記入日 _____年 ____月 ____日	受診者氏名 _____