

事務長	係 員

人間ドック補助支給申請書

受診期間:当該年度(4月～翌年3月)において、補助申請有効期限は、翌年度5月末迄です。

被保険者 記号・番号	- -	組合員氏名	
【受診者氏名】		組合員との続柄	
【生年月日】		性 別	男 ・ 女
【健診内容】	一般ドック ・ 脳ドック ※自費での検査に限ります。(保険内検査は対象外)		
	◆同一日にてがん検診(オプション等)受診された場合は、人間ドック補助支給にて申請願います。◆		
【受診年月日】	令和 年 月 日	【健診費用】	円
【受診機関名】		【担当医師名】	
【所 在 地】			
【振 込 先】	銀行 ・ 信金		支店 / 普通 ・ 当座
	口座番号		フリガナ
			口座名義人
※上記のとおり健診を受けたので下記関係書類を添えて申請します。			
<申請日> 令和 年 月 日			
<住 所> 〒 -			
<組合員氏名>		<TEL>	() -
※補助支給決定額		計	円

《 関 係 書 類 》

☐ 領収書原本

☐ 健診結果データ(写)

※40歳以上☐ 問診票

※40歳以上☐ 特定健診受診券 返却・・・必ずご返却願います。紛失された場合は、右記を○で囲んで下さい。【紛失】

◆健診結果を提出していただく事で特定健診を受診する必要はございません。◆

※ 以上4点をご確認いただきご送付願います。

<人間ドック補助金について>

- 1、補助の対象者は、当組合加入者のみです。
- 2、補助申請の時点で喪失された方は、補助の対象外となりますのでご了承下さい。
- 3、当組合加入者のドック健診に対して、費用の半額を支給致します。

【上限20,000円迄】。

<個人情報につきましては、本事業以外に使用することはありません。>