

常務理事	事務長	係

年 月 日

人間ドック健診

脳ドック健診

補助金請求書

規程-18(附属)

被保険者事業所名					
保険証記号番号			被保険者氏名		
受診者氏名		続柄		生年月日	年齢

<健診内容>

人間ドック健診		脳ドック健診	
補助金上限 20,000円		補助金上限 20,000円	
対象者 : 35歳以上の被保険者・被扶養者		対象者 : 35歳以上の被保険者・被扶養者	
人間ドック受診理由(該当する項目に○を記入)			
定期健診後、体調に不安があり治療に至らないが、体調を確保するため。 (定期健診受診日: 月 日)		/	
任意継続被保険者または被扶養者で、特定健診を受診せず、体調を確認するため。			
海外赴任中で、一時帰国時体調を確認するため。			
健診種別	自己負担額	健診種別	自己負担金
人間ドック	円	脳ドック	円
※補助金額(組合記入欄)	円	※補助金額(組合記入欄)	円
添付書類 : 領収書(原本)、健診結果(写し)、問診票		添付書類 : 領収書(原本)	

注) ※人間ドックと脳ドックの同時申請は、申請書を2枚に分けてご提出ください。(各申請書に領収書の添付が必要です。)

※人間ドック・脳ドックの補助金は年度(4月～翌年3月)1回です。

※補助金は健診受診後3ヶ月以内に申請ください。

※人間ドックの補助金対象の医療機関は、日本人間ドック学会・日本総合健診医学会・日本人間ドック健診協会のいずれかに加盟しているものとします。

(事業所所属の方) 委任状	表記請求金額の受領を_____に委任する。 年 月 日 被保険者氏名	
(任意継続の方) 領収書	上記請求金額正に領収いたしました。 年 月 日 被保険者氏名	

※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックして下さい。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

《領収書貼り付け用紙》

※領収書がA4以下の場合はこの用紙に貼り付けて下さい。