

人間ドック利用 (A)申込書 兼 (B)補助金請求書

受付印

(A)人間ドック申込書 ※申込時に記入

(①～⑧をすべて記入し、速やかに提出してください。)

提出日： 年 月 日

この欄は自身の保険証を見て記入				フリガナ	
①記号		②番号		③被保険者氏名	
④電話番号	(自宅・携帯) (内線)			⑤生年月日	(和暦) 年 月 日
⑥年齢	⑦健診機関名			⑧健診予定日	
歳				年 月 日	

〔利用条件〕

- 対象者：20歳以上の当健保加入者本人(家族・任意継続者除く)
- 補助額：健診料の50%
(上限20,000円)・・・1,000円未満切捨
- 受診頻度：1年度内(4月～3月)に1回

健保承認欄		
担当	グループ長	事務長

- ★1. 予約の取消、健診日の変更は、速やかに健保と健診機関にご連絡ください。
(連絡が無い場合、予約の空きが発生する等の無駄が生じ、健診機関に迷惑がかかります)
- ★2. 申込書記載内容は健保から健診機関へ連絡する場合があります。
- ★3. 原則、各月15日到着分を当月末に支払い、または月末到着分を翌15日に支払います。

受付印

(B)人間ドック補助金請求書 ※請求時に記入

(受診後に⑨～⑪をすべて記入し提出してください。)

提出日： 年 月 日

⑨健診機関名		⑩健診日	⑪健診料全額
		年 月 日	円
振込先	給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です		

◆ 添付書類確認 ◆

- ☐ 領収書の原本(健診日、健診受診者名(追加オプションの健診名)、費用総額の記載があるもの)
- ☐ 健診結果のコピー(全てをコピーしてください。コピーは白黒で構いません)
- 申込受付時にお渡しした返信用封筒にすべて入れ、郵送で健保へ提出してください。

- ★4. 領収書原本の返却をご希望される方は、健保までご連絡ください。
- ★5. 提出いただいた健診結果は健保業務以外の目的には使用しません。

健保 使用 欄	健保補助額	支給年月日	健保承認欄			
	円 × 50% = 円 (上限20,000円)・・・1,000円未満切捨	年 月 日	担当	グループ長	事務長	常務理事