

人間ドック等補助金申請書

*太枠内を記入し、事業所へ提出してください。

申請年月日		平成 年 月 日			
事業所					
配置(任継者は住所)				TEL	
被保険者証の記号番号		記号		番号	
受診者	氏名	印			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
	被保険者 との続柄	☐ 被保険者本人 ・ ☐ 被扶養者である配偶者			
健診機関名					
受診日		平成 年 月 日		☐ 日帰り ・ ☐ 宿泊	
オプション受診項目 (受診項目に「 ☒ 」)		☐ 有 ・ ☐ 無		☐ 脳・ ☐ 婦人科・ ☐ がんマーカー ☐ 胃内視鏡・ ☐ その他()	
窓口で支払った金額		¥			
添付書類		・ 領収書(原紙) ・ 受診結果(コピー) ・ 受診内容・受診費用がわかる書類(コピー可) (健診機関のパンフレットで費用が表示されているものがあれば良)			

注1) 東ソー関連健康保険組合の「人間ドック健診指定機関」以外で受診し、全額支払った場合に申請できます。

注2) 受診及び申請は、年度内に1回が当補助金の対象です。

注3) 市区町村等で受診した健康診断の費用を請求することはできません。(重複補助不可)

注4) 当申請書は、受診者1名分毎に1枚を使用ください。

健 保 使 用 欄	-----			受付印

	常務理事	担 当		出納印