



健保組合記入欄	伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長		担当者
	支払年月日	年 月 日				
	支 給 額					
	備 考					

人間ドック等申込書 兼 補助金請求書

被保険者	フリガナ			被 保 険 者 等	
	氏名		記 号		番 号
	事業所名				
受診者	自宅住所	〒 ー TEL			
	フリガナ			生 年 月 日	
	受診者名			年 月 日	
	健診機関名			左記健診機関は 契約医療機関で	ある ・ ない
	利用区分	PET（電子放射線断層撮影）・脳ドック・人間ドック（1泊2日） 人間ドック（日帰り）・その他			
	利用日	年 月 日 ～ 年 月 日			
契約医療機関以外で 立替払いをされた方 のみご記入下さい		上記の通り人間ドック補助金の支給を請求します。 尚、この人間ドック補助金の受領を 殿 に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 不二サッシ健康保険組合理事長 殿			
事業所担当者印		受付日付印			

注意事項

- 健保組合補助額は利用金額の70%です。（1円未満切捨て）
但し、限度額は70,000円です。同時に各区分（脳ドック、人間ドック等）を重複受診した場合は、その合計金額に対し補助率、限度額を適用します。
- 補助金支給は対象者1人について年度内（4月1日～翌年3月31日）1回が限度です。

契約医療機関で受診する場合

- この申込書を受診予定日14日前までに提出してください。受診証明書をお送りします。
- 受診当日は、医療機関窓口で費用の30%（上限を超えた場合は総費用から7万円を引いた金額）をお支払いください。

契約医療機関以外で受診する場合

- 医療機関で費用を全額支払い、健診結果受領後、14日以内にこの補助金請求書に領収書（原本）・健診結果コピーを添付して事業所に提出してください。

《必ずお読みください》

健保組合の契約医療機関で受診された方の健診結果控え等は、ご本人の結果表とは別にすべて健保組合に提出されます。
また、健保組合の契約医療機関以外で受診された方は、受診後補助を申請される際に健診結果のコピーを当該申請に添付してご提出いただきます。
健保組合の健診補助により、受診申込みされた方は上記のことをご了承いただけたものとします。

なお、お預かりしたデータは「不二サッシ健康保険組合プライバシーポリシー」に基づき、厳重なる管理を行い利用目的以外の使用はいたしません。