（様式1）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 決  裁  伺 |
|  |  |  |

人間ドック

生活習慣病健診　利用補助金申請書

脳ドック

　　　　　　 年　　　月　　　日申請

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　者　(被保険者本人) | |
| 所属部署名 |  |
| 記号・番号 | － |
| （フリガナ） |  |
| 氏　　　名  （自署） |  |

被保険者・被扶養者にかかる標記について、下記のとおり申し込み致します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏　　名 |  |
| 続　　柄 | 被保険者本人　　・　　被扶養配偶者 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 |  |
| 受　診　日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 受診医療機関 | |  |
| 支払った金額 | | ￥　　　　　　　　　　円 |
| 備　　考 | |  |

（注）補助金の支給は、月末締めで翌月事業主の給与支給日に月額給与に含めて支給します。

＊健保記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 決定金額 | ￥　　　　　　　　　　　円 |
| 区　　分 | １　被保険者・2　配偶者・3　契約機関・4　契約外機関 |

1. 利用の検診種別及び被保険者・被扶養配偶者の利用者別について○で囲んで下さい。
2. 検査結果の写し及び宛名が受診者名の領収書（原本）を添付して下さい。
3. ＊欄　は記載不要です。