

常務理事	事務長	担当者

健診結果 回収
令和 年 月 日済

補助金額	上限 30,000円
利用費用額	円
支給額	円

人間ドック利用報告及び補助金支給申請書

被保険者等 記号番号		利用者名			
生年月日		年齢		被保険者 との続柄	本人 配偶者
記号番号が分からない場合は マイナンバーを記入してください					
受診 状況	利用年月日	令和 年 月 日			
	医療機関名				
	所在地				
	利用費額				
喫煙の有無		あり なし			

上記の通り、人間ドックを利用しましたので、領収書及び健診結果を添えて、補助金の支給を申請します。

被保険者 郵便番号 ー
住所
氏名

尚、上記金額は、下記口座に振りこみ願います。

銀行名	銀行・金庫		本店・支店	
名義 (カタカナ)		1. 普通 2. 当座	口座番号	

※ 必ず、被保険者(請求者)の名義であること。

事業所名	令和 年 月 日
代表者名	

注意事項

- 人間ドックは、満30歳以上の被保険者及び被扶養者である配偶者とする。
- 年度間の受診条件（年度間は4月から翌年3月まで）は1回とし、
「被扶養者特定健診・婦人科健診」との併用は不可とする。
- 利用した人間ドックの領収書（原本）及び 健診結果（写）は必ず添付すること。
※領収書に「ドック」と記載されない場合は補助対象外とする。
- 補助金額は上限30,000円とする。