

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

記入しないでください

|       |    |         |
|-------|----|---------|
| 補助金額  | 上限 | 30,000円 |
| 利用費用額 |    | 円       |
| 支給額   |    | 円       |

健診結果 回収  
令和 年 月 日 落

### 人間ドック利用報告及び補助金支給申請書

|                                  |          |                  |       |                        |
|----------------------------------|----------|------------------|-------|------------------------|
| 被保険者等<br>記号番号                    | 1-1234   | 利用者名             | 富士 花子 |                        |
| 生年月日                             | H2. 1. 2 | 年齢               | 35歳   | 被保険者<br>との続柄 本人<br>配偶者 |
| 記号番号が分からない場合は<br>マイナンバーを記入してください |          |                  |       |                        |
| 受診<br>状<br>況                     | 利用年月日    | 令和 7 年 10 月 10 日 |       |                        |
|                                  | 医療機関名    | 〇〇クリニック          |       |                        |
|                                  | 所在地      | 枚方市〇〇〇〇          |       |                        |
|                                  | 利用費額     | 50,000円          |       |                        |
| 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。

郵便番号 000 - 0000  
被保険者 住所 枚方市村野高美台1-40  
氏名 富士 太郎

尚、上記金額は、下記口座に振りこみ願います。

|              |          |             |              |
|--------------|----------|-------------|--------------|
| 銀行名          | 〇〇 銀行・金庫 |             | 〇〇 本店・支店     |
| 名義<br>(カタカナ) | フジ タロウ   | ①普通<br>2.当座 | 口座番号 0000000 |

※ 必ず、被保険者(請求者)の名義であること。

|      |      |          |
|------|------|----------|
| 事業所名 | 事業所印 | 令和 年 月 日 |
| 代表者名 |      | 事業所の押印日  |

### 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。