

《提出先》
 (健保) F本社・工営・
 FBS・FEN・FPS
 (事業所総務→健保)
 上記以外

記入例

支給決定伺

理事長	常務理事	事務長	係	決裁年月日 平成 年 月 日 伺年月日 平成 年 月 日	支給決定額	円
-----	------	-----	---	---------------------------------	-------	---

人間ドック・脳ドック利用補助金申請書

被保険者は①②に記入・捺印してください。事業主は③に記入・捺印してください。

①被保険者が記入するところ	保険証の記号番号	記号 111 番号 12345	連絡先(内線or外線)
	被保険者名	(フリガナ) フジクラ タロウ 藤倉 太郎 (印)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (〇-〇〇-〇〇〇〇)
	事業所名	(株)フジクラ	
	利用者名	(フリガナ) フジクラ ハナコ 藤倉 花子	続柄 妻
	利用者生年月日	S ・H 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	利用者住所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 東京都江東区木場〇-〇-〇	
	家族の場合	扶養に 入っている ・ 入っていない	
	受診日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	受診した病院名	藤倉病院	
	診療内容	診療コース	人間ドック (日帰) ・ 一泊) ・ 脳ドック ・
	婦人科	乳房 (超音波 マンモ) 子宮 ・ 無し	
	オプション		

受取代理人の欄	本申請書に基づく補助金に関する受領を代理人に委任します。		
	②被保険者 (委任者)	住所 東京都江東区木場〇-〇-〇 氏名 藤倉 太郎 (印)	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	③代理人	住所 氏名 (印)	委任者と代理人との関係 ()

	総費用	補助額
事務局の欄	人間ドック料	円 (健保2割負担・上限1万円・100円未満切捨)
	脳ドック料	円 計算式
	婦人科	円
	婦人科	円
	オプション	円
	消費税	円
	計	円

健保受付日付印