

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

支給決定伺

				決裁年月日	平成	年	月	日
				伺年月日	平成	年	月	日
理事長	常務理事	事務長	係	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	番号	連絡先(内線or外線)			
	被保険者名	(フリガナ)					
		⑩					
	事業所名						
	利用者名	(フリガナ)		続柄			
	利用者生年月日	S	H	年	月	日	
	利用者住所	(〒	-)	電話	()
	家族の場合	扶養に 入っている ・ 入っていない					
	受診日	平成		年	月	日	
受診した病院名							
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。				
	平成 年 月 日				
	②被保険者 (委任者)	住所	氏名	⑩	
委任者と代理人との関係 ()					
③代理人	住所	氏名	⑩		

総費用		補助額	
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	補助額	円

健保受付日付印