

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

支給決定伺

| | | | | | | | | |
|-----|------|-----|---|-------|----|---|---|---|
| | | | | 決裁年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | 伺年月日 | 令和 | 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) | | | | |
| | | | | | | |
| | 事業所名 | | | | | |
| | 利用者名 | (フリガナ) | | 続柄 | | |
| | | | | | | |
| | 利用者生年月日 | S・H・R | 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 | 令和 | 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。 | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | |
| | ②被保険者 (委任者) | 住所 | 氏名 | |
| ③代理人 | 住所 | 氏名 | 委任者と代理人との関係 () | |

| 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