

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

(任意継続者用)

被保険者が記入するところ	保険証の記号番号	記号	101	番号	連絡先	
	被保険者名	(フリガナ)				
	利用者名	(フリガナ)				続柄
	利用者生年月日	昭和・平成		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						

※ 受診後、この用紙に記入し、①領収書(原本)、②結果票(写)と一緒に健保へ提出してください。
補助金は毎月月末に保険料天引口座へお振込みします。

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	補助額

健保受付印