

健保組合(健保連)・事業所指定外医療機関に対する健診申出書

同年度内どちらか1回に限り、補助になります。ご希望する方に○をお願いします。

1. 人間ドック 短期(半日・日帰り)《30歳以上》			
2. 脳ドック 《40歳以上》			
施設名		受診予定	令和 年 月 日
健康保険証の記号番号		記号	番号
受診者名(フリガナ)		年齢	性別
		歳	本人 家族
		男 女	S・H 年 月 日生
事業所名 及び部署名	(部署)		

組合受付印

令和 年 月 日

住所(自宅)

被保険者氏名

印

- 健診申出書にて提供頂きました個人情報、ドック受診確認のため使用いたします。
- 当健保組合の健康の保持・増進のための保健事業施策立案及び保健指導等のため、健診結果(写し)を取得いたします。
- 特定健診・生活習慣病予防健診を受診した場合は、人間ドック・脳ドックを受診出来ません。

〈切り離さないでください〉

NO. _____

補助金支給申請書

上記申し出のとおり、受診を致しましたので領収書(原本)及び健診結果(写し)を添付し、下記の補助金の支給申請を致します。

申請額 _____ 円

※補助金は、被保険者の口座への振込 となります。

金融機関名:	支店名:
普通	(カタカナ) 口座名

申請額

健保組合の補助金額は、被保険者、被扶養者とも、20,000円です。

(令和4年4月1日受診分から)

令和 年 月 日

被保険者氏名

印