

予約が取れたら、①の部分記入して健康保険組合へ提出下さい。健保受付印を押して、申出書は一旦お返しします。

健保組合(健保連)・事業所指定外医療機関に対し

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○をお入れ下さい。

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	△△△△クリニック	受診予定	令和 4 年 4 月 27 日		
健康保険証の記号番号		記号	〇〇	番号	〇〇〇〇
受診者名(フリガナ)		年齢	性別	被保険者	生年月日
ケンポ タロウ 健保 太郎		46歳	男 女	本人 家族	SH50年2月10日生
事業所名及び部署名	株式会社リーガル〇〇		(部署)	〇〇〇部	

組合受付印

令和 4 年 4 月 1 日

Blank box for stamp

住所(自宅) 千葉県浦安市日の出〇-〇-〇

被保険者氏名 健保 太郎

健保印

- 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

健診後、健診結果が届いたら、②の部分記入し、健診結果のコピーと領収書の原本を添付

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

申請額 20,000 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:	××銀行	支店名:	△△支店
普通	1234567	口座名 (カタカナ)	ケンポ タロウ

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 4 年 5 月 〇〇 日

被保険者氏名 健保 太郎

健保印