

生活習慣病予防健診 申込書 (償還払い用)

受診資格は、30歳以上の被保険者であること。

健診費用補助金の限度額は、16,500円(税込み)、これを超えた額は受診者の負担となります。

注意1: 同年度内にドックとの重複受診の補助はできません。

注意2: 健康診断は治療ではありませんので、保険証を使って行なうことはできません。したがって保険証を使用した検査は医療保険の対象となり、健診補助はいたしませんのでご了承ください。

健診機関		受診予定	令和 年 月 日
健康保険証 記号番号		記号	番号
受診者名 (フリガナ)		年齢	性別
		歳	男 女
			生年月日
			昭・平 年 月 日生
住所 (自宅)	〒	TEL	

組合受付印

令和 年 月 日

事業所名(または所属部署)

被保険者氏名

印

《切り離さないでください》

NO. _____

健診費用支給申請書

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

(注:申請額の上限額は、16,500円です)

※補助金は、原則として指定の被保険者口座へのお振込とさせていただきます。

金融機関名:	支店名:
普通	口座名 (カタカナ)

令和 年 月 日

被保険者氏名

印