

【提出先】所属事業所健康管理担当(任意継続の方:健保)

## ドック補助金申請書

今般、健診機関のドックを受診しましたので、健診費用の補助金申請をします。

申請日 年 月 日

被保険者証		社員No.	被保険者氏名
記号	番号		(フリガナ)

申請区分	<input type="checkbox"/> 人間ドック( 本人 ・ 家族 )		<input type="checkbox"/> 脳ドック	
受診者 <small>(被保険者の場合、 氏名のみ省略可)</small>	氏名	(フリガナ)	生年月日	
			昭和 年 月 日 平成 (受診時年齢 ・ 歳)	
受診年月日	年 月 日 ( 日帰 / 泊 )			
人間ドック 支払額	円		脳ドック 支払額	円
健診機関	名称			
	所在地			

在職中の方は事業主経由で補助金を支給しますので、下記にも記入願います。(任継者は記入不要)

委任状	健診費用の補助金の受領を事業主に委任します。
	事業所名 _____
	被保険者氏名 _____ (印)

・ 当申請書には下記資料を添付願います。

① 上記の領収書(原本)

② 健診結果のコピー

③ 特定健診質問票

\* 健保組合では、健診結果データは健診事業以外の目的で  
利用することはありません。

事業所 使用欄

<健保使用欄>

支給決定伺

受付年月日

補助金決定額

人間ドック		円
家族健康診断		
本人	特定健診	円
家族		
脳ドック		円

常務理事	事務長	係