【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

健康保険の資格情報		社員№.	被保険者氏名
記号	番号		(フリガナ)

申請区分	□人間ドック（　本人　・　家族　）			□脳ドック
受診者（被保険者の場合、氏名のみ省略可）	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　㊞

・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（脳ドックのみの場合は不要）

＊ 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＞

受付年月日

支給決定伺

補助金決定額

人間ドック 家族健康診断		円
本人 家族	特定健診	円
脳ドック		円

常務理事	事務長	係