

人間ドック・節目人間ドック補助金支給申請書

支給決定額 ￥	※健保記入
---------	-------

保険証	記号	番号	事業所
健診日	H.	年 月 日	健診機関
<被保険者>			
氏名	(印)		S. 年 月 日生 H. 節目適用 (有・無)
被保険者の方で節目に該当する場合は、節目適用有に○をつけてください。 年度内(4月1日～翌年3月31日迄)の期間で満45歳、50歳、55歳、60歳、65歳になる方			
<受診者名> 被保険者と同じ場合は省略可			
氏名	S. 年 月 日生 H.		
振込先	銀行		支店
※被保険者の 口座のみ	普通・口座番号 ()		
	口座名義 カナ ()		

【添付書類】 ・領収書 (原本)

区分	人間ドック	節目人間ドック (被保険者のみ)
補助金額	上限20,000円	上限40,000円

- ※ 保険外診療 (自己負担額10割) に限ります。
- ※ 検査費用が補助額に満たない場合は、実費分を補助します。
- ※ 市区町村が実施している検診を利用されたものについては併用できません。
- ※ 各種専門ドックも補助対象となります。
- ※ 1人につき1枚の申請書を提出してください。
(例: ご夫婦で受診された場合は各々1枚ずつで申請が必要です)