

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	年	月	日	健診機関
<被保険者> 自署の場合は押印の省略可				
氏名	(印)		年 月 日生	
<受診者名> 被保険者と同じ場合は省略可				
氏名	年 月 日生			
振込先	<input type="text"/> 銀行 <input type="text"/> 支店 普通・口座番号 () ※被保険者の口座のみ 口座名義 カナ ()			

【添付書類】 ・領収書（原本）
宛名は受診者であること

区分	一般	役員
補助金額	30,000円	20,000円

- ※ 保険外診療（自己負担額10割）に限ります。
- ※ 検査費用が補助金額に満たない場合は、補助対象外です。
- ※ 市区町村が助成している検診は補助対象外です。
- ※ 脳ドックなど各種専門ドックも補助対象に含みます。
- ※ 検査コースに ” ○○ドック ” と名称設定されているのみに限ります。
- ※ 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)