

## 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	11	番号	234567	事業所	株式会社ダイフク
健診日	XX 年 XX 月 XX 日			健診機関	〇〇××病院	
<被保険者> 自署の場合は押印の省略可						
氏名	健保 太郎				XX 年 XX 月 XX 日生	
<受診者名> 被保険者と同じ場合は省略可						
氏名	健保 愛子			XX 年 XX 月 XX 日生		
振込先	〇×		銀行	△△		支店
※被保険者の口座のみ	普通・口座番号		(	1234567		)
	口座名義 カナ		(	ケンポ タロウ		)

【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”〇〇ドック”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)