

伺 年 月 日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者
決 議 年 月 日	令和 年 月 日			
給 付 額	円			

健康保険

人間ドック等利用補助金請求書

請求日：		令和 年 月 日			
申請者	被保険者証の記号番号	記号 番号	所属会社名	被保険者の氏名	
			所属部署名	所属コード	社員NO
	住所	〒			
受診者について	氏名			受診者区分	被保険者(本人) ・ 被扶養者
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		受診日現在の年齢	才
	補助金申請状況	上記の受診者は、今まで人間ドック等の補助金を申請したことがありますか。		*補助金申請が「はい」の場合は 前回の受診日	健保より配布した「受診券」を利用しましたか。 人間ドックと「受診券」の両方は利用できません
		はい ・ いいえ		年 月 日	はい ・ いいえ
	喫煙の有無	吸う ・ 吸わない	服薬の有無	糖尿病の治療に係る薬を使用している (有 ・ 無) 高血圧症の治療に係る薬を使用している (有 ・ 無) 脂質異常症の治療に係る薬を使用している (有 ・ 無)	
受診機関	受診日	令和 年 月 日	受診の種類	半日ドック・1日ドック・その他()	
	受診機関				
必要添付書類		領収書(原本) ・ 受診結果 ※受診結果は被扶養者のみ提出必須(本人は不要)			

●退職者及び任意継続被保険者のみ、以下の「支払金融機関」をご記入下さい。

支払金融機関	金融機関名			支店名	
	預金種目	普通 ・ 当座		口座番号	
	口座名義	(カ ナ) (漢 字)		*口座名義は、請求者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。	

●セック・山陽オカムラ・富士精工本社・イチエ・砂畑産業及び退職者または任意継続被保険者の方は以下の「委任状」は記入不要です。

委任状	私は、事業主を代理人と定め、給与経由で人間ドック等利用補助金の受領を委任します。	
	本人(申請者)	住所 氏名
	※代理人(事業主)	住所 氏名

受付印

※請求に当たっての留意事項

1. この請求書は、人間ドック受診後に提出して下さい。
2. 補助対象および内容は以下の通りです。

35歳以上(受診日現在)の被保険者および被扶養者が申請した場合、上限50,000円／年まで補助
3. 毎年4月1日～翌年3月31日までの1年間に受診された方に対して1人、1回(受診日を原則とする)の支給とする。
4. この請求書は1人1枚作成し、領収書原本(領収書の宛先は、受診者名であることを必ず添付して下さい)。
5. 被扶養者が申請する場合は、指定された健診結果のコピーを必ず添付して下さい。