

人間ドック補助金申請書

事業所記号			
被保険者等番号	受診者氏名	被保険者等番号	受診者氏名

- ※ 申請については必ず領収書（原本）、請求明細書並びに健診結果の写（被保険者等記号・番号を記入）を添付のうえ、受診後、速やかにご請求ください。
- ※ 健診結果は、加入員の皆様の疾病予防や健康づくりに役立てるために利用します。また、健診結果に補助金対象外の検査項目が含まれていないか（補助金対象となる検査が実施されているか）を確認するためにも利用します。
- ※ 特定健診の対象者（40歳以上75歳未満）にかかる健診データは、国へ部分的に報告します。
- ※ 補助金支給条件として、年度内40歳以上の方は、質問票がない場合は支給できません。
- ※ 各種健康診断は、簡易健診を除き年度内1人1回の補助となります。

上記の通り人間ドック補助金として申請いたします。

令和 年 月 日

所在地

事業所名

※任意継続の方は被保険者住所・氏名をご記入ください。

酒フーズ健康保険組合 御中

※振込先金融機関、支店名、口座番号、口座名義をご記入ください。

振込先金融機関 銀行 支店
フリガナ
口座番号 当・普 No. 口座名義

組合記入欄

算出内訳

○ 1泊（検査料金 円－本人負担額 30,800円）× 名 = 円

○ 日帰り（検査料金 円－本人負担額 円）× 名 = 円
(50%)

支給決定額 円