

各種ドック補助金支給申請書

申請締切 3月31日 必着

受診期間 4月1日から翌年3月31日まで

被保険者証	記号		番号						被保険者氏名	印
連絡先 (携帯可)	() — (内線)									
受診日	年 月 日									
医療機関名										
健診内容										
健診料金	円 領収証(原本)を必ず添付してください									

【下記を必ずお読みください】

各種ドックを受診した場合、3年に1回補助金を支給します。
下記をご留意のうえ、受診されましたらお早めに申請してください。

- 申請締切：3月31日までに健康保険組合必着。
- 受診方法：特に指定の医療機関はございません。
ご自宅近くの病院など、検査可能な医療機関で受診してください。
- 検査項目：特に指定はございません。
- 補助金額：費用の8割、上限35,000円を補助します。
- 申請方法：申請書に健診結果(コピー)と領収証(原本)を添えて、ご提出ください。
厚労省の指導により健診結果(コピー)が未提出の場合、補助金を支給できません。
予めご了承ください。
- 支給方法：原則として月末締め、翌月給与にて支給いたします。

健 保 組 合 記 入 欄	受付番号							常務理事	事務長	担当	
	細目コード										
	支給日										
	補助金額										