

年 月 日

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)	() ー (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。

1. 申請締切： **3月31日までに健康保険組合必着。**
2. 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。
3. 検査項目： 特に指定はございません。
4. 補助金額： 費用の8割、上限35,000円を補助します。
5. 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。
予めご了承願います。
6. 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	年 月 日									
	補助金額	円									