

人間ドック利用補助金交付申請書 (被保険者・被扶養者提出用)

所属事業所名 及び 所在地					被保険者・被扶養者
被保険者証 記号番号		フリガナ		男	昭 年 月 日生 (歳)
		利用者氏名		女	
利用者住所		〒 電話番号 ()			
実施内容		1日ドック ・ 大腸内視鏡検査 ・ 脳検査			
実施日		年 月 日	医療機関名		
振込先 ※振込先は、被保険者 の口座をご記入ください		金融機関名	支店		
		預金種別	普通 ・ 当座		口座番号
		口座名義人(ふりがな)			
上記のとおり人間ドックを利用しましたので、補助金の交付申請をいたします。					
年 月 日					
申請者(被保険者)氏名					

※ この申請書にご記入いただいた個人情報は、法令に基づき、厳守いたします。

申請書に記入された個人情報は、本健診の申請事務のみに使用し、その他の目的では利用いたしません。

※ 保健師・看護師等による健康相談(事後指導)のため、健診結果の提出をお願いいたします。

※ 申請書には、領収証(原本)と健診結果、質問票(40歳以上の方)を添付してください。

※ オプションで大腸内視鏡検査、脳検査を受診された方は、申請書枠内の実施内容に○をしてください。

受付印