

人間ドック利用補助金交付申請書（事業所委任用）

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 利用者氏名		男 ・ 女	昭 年 月 日生 (歳)
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 ・ 57・58・59歳/62・63・64歳			
実 施 日		年 月 日		医療機関名	
振 込 先		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)			
委任欄	本請求書の給付金受領を右の者に委任します。		事業所名		
	委任者氏名 印				
	※申請者(被保険者)氏名を記入 ※印は直筆の場合不要		被委任者		
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、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。-----、
受 付 印※ 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。

※ 補助金の交付が受けられるのは、35歳以上の被保険者及び、40歳以上の被扶養者と、
57・58・59歳(うち1回)/62・63・64歳(うち1回)の被保険者・被扶養者に限ります。※ 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。

※ 振込を事業所に委任される場合は、委任欄をご記入ください。

※ 委任欄氏名がゴム印等の場合は、氏名横にご本人の捺印をお願いいたします。