

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 ・ 女	昭 年 月 日生 (歳)	
		利用者氏名				
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 ※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。
- ※ 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。

受 付 印