

人間ドック等補助金申請書

(一般健診・総合健診・脳ドック・がん検診・婦人科検診等)

領収書のコピーに「健診の種類」、「健診機関の名称」、「実施日」、「受診者名」の記載がない場合は、健診機関記入欄に健診機関の証明を受けてください。

健診機関の記入欄について

被保険者証記号番号	組合員氏名	受診者氏名	受診者生年月日				
			昭・平・令	年	月	日	
人間ドック等を実施した年月日	年	月	日	健診機関が証明した年月日	年	月	日
上記のとおり人間ドック等を実施したことを認めます。							
住所						印	
名称							
電話							

◎健診機関の方へ

人間ドック等を実施した年月日・証明日、健診機関の住所・名称・電話番号のご記入をお願いします。

組合員の記入欄	上記のとおり申請します。						
	令和	年	月	日	〒		
	住所			_____			
	組合員氏名			_____ 印			
建設連合国民健康保険組合殿			電話(日中連絡先) _____ ()				
振込先金融機関 (銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方にご記入ください)	銀行	銀行 信組 信金 労金 農協	本店 支店 出張所	預金種類 1:普通・総合 2:当座 3:貯蓄	番号(右につめて記入してください)		
	ゆうちょ銀行	記号		番号(右につめて記入してください)			
口座名義(カナ)							

(注) 補助金は直接本部より口座に振り込みます。

◎被保険者の皆様へ

- 人間ドック等の補助金は年度一回支給されます。(年度の区切りは、4月から翌年3月まで)
- 領収書のコピーは、受診者名・金額・内容の明らかなものを添付してください。(保険診療は対象外)
- 特定健診対象の方で、特定健診の検査項目を含んだ人間ドック等を受けた方は、健康診断結果登録シートを提出してください。

本部決裁欄	備考					費用額					円
	※右のとおり決定してよろしいか		支払 不払		支払決定額						円

本部
受付印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支部
受付印