

要 郵送

健診補助金支給申請書

事業所	名称			
	所在地			
被保険者	記号・番号	—	氏名	
	住所	〒 TEL ()		
受診者氏名			本人・家族	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 日帰りドック <input type="checkbox"/> 1泊ドック <input type="checkbox"/> 脳検査
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	受診コース (□に✓印)	
受診年月日	令和	年 月 日	オプション	<input type="checkbox"/> PSA検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診
実施医療機関名				

(注)「領収書(原本)」並びに「健診結果表(写し)」・質問票を添えて必ず郵送でご提出ください。

※領収書(原本)の返送をご希望の場合は、下記のいずれかに○印で囲んでください。

領収書(原本) 希望返送先	会社へ返送 ・ 自宅へ返送	←返送を希望されない方は記入不要
------------------	---------------	------------------

振り込み先	銀行・信金・信組		本・支店			
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	口座名義人 (カタカナで記入)					

※下記の欄は、口座名義が被保険者以外の場合にご記入ください。

被保険者と代理人はそれぞれ本人が記入してください。

委任状	私は	を代理人と定め、健診補助金の受領を委任いたします。	
		令和 年 月 日	
	住所 被保険者 氏名	_____	
	代理人氏名 (口座名義人)	_____	

※この欄は記入しないでください。

還付金額 円	受診コース	オプション
	<input type="checkbox"/> 生活習慣病 <input type="checkbox"/> 日帰りドック <input type="checkbox"/> 1泊ドック <input type="checkbox"/> 脳検査	<input type="checkbox"/> PSA検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診

[受付年月日]

