㊫ 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	受診コース （□にレ印）	□　生活習慣病 □　日帰りドック □　1泊ドック □　脳検査
生　年　月　日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）			
受 診 年 月 日	令和　　年　　月　　日		オプション	□　PSA検査 □　子宮がん検査 □　乳がん検査
実施医療機関名				

（注）「領収書（原本）と明細書」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、下記のいずれかに〇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 被保険者　住　所 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	受診コース	オプション
円	□　生活習慣病 □　日帰りドック □　1泊ドック □　脳検査	□　PSA検査 □　子宮がん検査 □　乳がん検査

〔受付年月日〕

関東めっき健康保険組合（R7.3）