人間ドック補助申請書

記号・番号	受診者	続柄	生年月日	年齢	備考
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			
－		本人・配偶者			

【補 助 額】総健診費用の消費税相当額を除く上限２０，０００円

【添付資料】①健診の領収書（コピー可）

②健診結果（コピー可・年度内に４０歳～７４歳に到達する方及び７５歳となる方で、７５歳に達するまでの間の被保険者・被扶養者の方のみ。

上記の２点の書類をご添付いただきご請求ください。必要書類が不足の場合は補助できない場合があります。

※　健診結果とは、判定結果ではなく、特定健診該当項目の具体的数値及び問診表です。いただいた健診結果は特定健診のデータとして活用させていただきます。また、データ処理後は、当方にて責任を持って破断処理させていただきます。

※　申請期限は受診した日より１年以内です。

合計＿＿＿＿＿＿名　　**領収書金額**　¥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（健保使用欄）　**支 給 金 額**　¥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（振込先）＿＿＿＿＿＿銀行　＿＿＿＿＿＿支店　普通・当座　預金　口座No.＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ

口座名義＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり請求します。

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

西日本プラスチック工業健康保険組合　殿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿