

## 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			
-		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。但し、当組合指定機関でB又はCコースを受診された場合は、健診機関より直接送付されますので添付は不要です。）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な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 } 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 \_\_\_\_\_