

※欄は健保組合記入欄につき記入しないでください。

※支給決定欄	同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長	係
	支給決定額	円				
	補助金算定基礎	人間ドックに要した額 × 1/2 = 補助金額 円 × 1/2 = 円 (30,000円を限度とする)				区別

人間ドック等利用補助金請求書

被保険者証 記号番号	-		被保険者氏名			
事業所名称						
利用者氏名			続柄		生年月日	昭和 年 月 日 (歳)
受診機関	名称					
	住所					
受診の種別	一泊ドック ・ 日帰りドック ・ 婦人科検診 (乳がん ・ 子宮がん)					
利用年月日	令和 年 月 日		～	令和 年 月 日		
人間ドック等に要した額	円 (消費税を含む)					

添付書類 ・ 受診機関に支払った領収書 (原本)
 ・ 検査結果通知の写し (利用者が39歳以下の場合には不要です。)
 (ただし、質問票への回答が記載されていない結果通知の場合は、質問票も記入して添付してください。)

注意事項 (1) 人間ドック等利用補助の対象となる方は、35歳以上の被保険者及び被扶養者です。
 (2) 補助金は、利用者1人につき年度(4月～3月)に1回、人間ドック等に要した費用(消費税を含む)の半額とし、30,000円を限度に健康保険組合が負担します。
 (3) 受診の種別(一泊ドック・日帰りドック・婦人科検診(乳がん・子宮がん))は○で囲んでください。

振込金融機関名及び口座番号 (口座名義は被保険者(申請者)本人のものに限ります。)

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人(カタカナで記入)
		普通		
金融機関コード	支店コード	当座		

補助金の受領を代理人(事業主)に委任する場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく補助金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 (申請者) 氏名
	代理人 住所 (事業主) 氏名

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

受付日付印

兵庫自動車販売店健康保険組合理事長 様