

人間ドック・脳ドック受診料補助申請書

デンカ健康保険組合			
常務理事	事務長	担当	決定補助額等 (日帰り・1泊2日)
健康保険組合 記載			円

～ 人間ドック・脳ドックを受診する前に必ずお読み下さい ～

補助対象者： 被保険者及び被扶養者 ※ 受診日時点。年齢不問。

補助の流れ： ① 実施機関の窓口にて人間ドック・脳ドック受診料を全額お支払い下さい。

② 当申請書に健診結果(写)と領収書(原本)を添え、各事業所担当部門に提出して下さい。後日、健診項目詳細の確認をさせて頂く場合があります。

※ 但し、脳ドック単独の受診の場合、脳ドックの健診結果(写)の添付は不要です。

③ 1回/年度に限り、受診料(税込)を7割補助します。

※ 但し、人間ドック・脳ドックを合算して次の金額を補助上限額とします。

(日帰り：70,000円、1泊2日：76,000円)

デンカ健康保険組合 理事長 殿

勤務先の名称(例：〇〇株式会社)
退職者、任意継続の方は記入不要

下記の通り申請し、給付金の受領方を()に委任します。

※ 日付は和暦にてご記入下さい。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

【添付書類】 健診結果(写し)・領収書(写し不可)

事業所	勤務先の名称 (例：〇〇工場)	所属	所属があれば所属名称 (所属名称例：〇〇部〇〇課〇〇係)
区分	人間ドック 脳ドック (日帰り・1泊2日)	受診者	本人 家族(氏名 家族の場合は氏名記入)
被保険者証 記号・番号	〇 . 〇〇〇〇	対象に〇を記入	〇〇 〇〇
受診年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	受診料 (税込)	〇〇〇〇 円
振込先 金融機関	銀行・信金 本店・支店 組合・労金 出張所		
※従業員の方は 給与にてお支払 致します。	普通口座 口座番号	退職者、任意継続の方はご記入ください	