

任意継続

人間ドック補助金支給決定決議書
(契約外健診機関)

No. _____

※この欄は記入しない	経 伺	常務理事	課 長	課長代理	担 当 者	起案年月日	備 考
	支給金額						

人間ドック補助金請求書

下記のとおり人間ドックを受診したので補助金を請求します。 令和 年 月 日

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	800 -		
被 保 険 者 氏 名			
被 保 険 者 住 所	〒 - TEL ()		
受 診 者 氏 名		生 年 月 日	昭和 平成 . . 続柄
受 診 年 月 日	令和 年 月 日	領収書の金額	円
※特定健診の間診項目ですので、ご回答をお願いいたします。(該当する方に○をつけて下さい。)			
1. 現在の薬の使用の有無 (医師の診断・治療のもとで 服薬中の者を指す)	血圧を下げる薬	はい ・ いいえ	
	血糖を下げる薬又はインスリン注射	はい ・ いいえ	
	コレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい ・ いいえ	
2. 現在タバコを吸っている。(加熱式タバコや電子タバコを含む。)	はい ・ いいえ		
※振込希望の金融機関等(被保険者名義の口座)を記入してください。			
振 込 金 融 機 関	銀行・支店名	銀行・信用金庫 本店 信用組合・農協 支店	
	預金 種別	1.普 通 2.当 座	口座番号 (フリガナ) 口座名義

【必要な添付書類】

- ① 人間ドックを受けたことを証明する領収書 (原本)
- ② 健診結果表 (写し) ※全ページ

【請 求 期 限】

当該年度 3月31日まで

※健診結果は、受診者の健康管理と当組合の統計資料等疾病予防事業及び特定保健指導等に活用させていただきます。プライバシーの保護には万全を期し、目的以外の使用はいたしません。ご理解いただきますようお願い申し上げます。