人間ドック（任意ドック）利用補助金請求書

被保険者等		記　号		番　号	
利用者	被保険者氏名				（　　）歳
	被扶養者氏名				（　　）歳
施設利用日		月　　日～　　月　　日	施設へ支払った費用	（被保険者）	円
利用施設名				（被扶養者）	円

上記のとおり補助金を請求いたします。

年　　月　　日

きんでん健康保険組合　御中

所　　属
（室・部・支店（社））

被保険者氏名　　㊞

委任状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される　人間ドック利用補助金　の受領を委任します。 年　　月　　日 被保険者氏名　　㊞

（注）1．この請求書には、施設に支払った費用の領収書（本証）、健診結果（コピー）、問診票を添付して下さい。
※領収書の宛名は、受診者名のみとして下さい。（会社名、事業所名等の記載のあるものは不可。）

2．組合は30,000円を限度としてその実費を補助します。

3．4月1日から翌年3月31日までの健診の補助金は、4月5日までに請求して下さい。

受付印

組合処理	支給決定額	常務理事	事務長	係	係	係	資格照合	入力日
	円							

（2024.11）