

松屋健康保険組合理事長殿

人間ドック・脳ドックの補助利用申請書

人間ドック・脳ドックの受診にあたり、補助利用申請をいたします。

申請日： 年 月 日

●申込者（被保険者について）

記号	番号	被保険者氏名	会社名・所属部署・勤務場所等
			電話：（外線／内線）
			携帯番号（任意）：

●利用者（被保険者か被扶養者）及び受診医療機関

区分（いずれかに☑）	利用者氏名	受診日(西暦)	利用料金（見込）
☐ 被保険者		年 月 日	円
☐ 被扶養者			
受診医療機関名称	受診医療機関所在地・電話番号		
	〒 - 電話：（ ）		
受診内容いずれかに☑してください。	☐ 人間ドック ☐ 脳ドック		

●人間ドック・脳ドックの利用説明書を読み、利用条件等を確認している（ ☐はい ☐いいえ）

【松屋健康保険組合 記入欄】

利用者 資格取得（認定）日	利用承認日	常務理事	事務長	担当
年 月 日	年 月 日			

- ☐ 利用説明書のチェック覧を確認
- ☐ 直近の成人病検診・家族健診の受診履歴（受診日： 年 月 日）