

松屋健康保険組合理事長殿

人間ドック・脳ドック補助金支給申請書

下記の通り人間ドック・脳ドックを受診しましたので、添付書類を添えて補助金を申請いたします。

申請日： 年 月 日

●利用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
☐ 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： ()	

●補助金（上限３０，０００円）振込先

銀行名	支店名	預金種目	口座番号							
銀行	支 店	普通 当座 貯蓄								
口座名義	フリガナ									

添付書類	領 収 書 (原本) ・ 検 診 結 果 表
------	--

【松屋健康保険組合 記入欄】

支給決議書	支給決定日(西暦)	支払日(西暦)	金額	常務理事	事務長	担当
	年 月 日	年 月 日	円			
備考欄						

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）