

常務理事	事務長	担当者

組合 記入 欄	補助金支給決定額
	円

心臓ドック補助金請求書

日揮健康保険組合 殿

次の通り、心臓ドックを受診しました。受診結果と領収書を添付し、補助金を請求します。

(受診申込者は事業所担当課へ提出して下さい。なお、任継者・特退者は直接組合へ提出して下さい。)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者氏名 (請求者氏名)				被保険者証の記号・番号 —
	事業所名 (会社名)	(TEL: — —)			
	所属部門名 (任継者・特退者は 記入不要です。)	本部	部・室		
	(フリガナ)	課・チーム・グループ	(内線:)		
	受診者氏名	性別	区分	生年月日	
		男・女	本人・家族	昭和 年 月 日	平成 年 月 日
	健診機関名				
健診コース				受診日	
				令和 年 月 日	
備考欄					

委任状 被 保 険 者	本請求に基づく心臓ドックの補助金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 令和 年 月 日 (任継者・特退者は記入不要です。)			
	氏名	代理人	住所	氏名

添付：1. 健診結果
2. 健診費用の領収書

請求時の注意事項(必ず読んで下さい。)

事業所 担当者

- この請求書は、組合が指定した心臓ドックを受診し、償還払い(組合員が一旦健診費用を全額を健診機関へ支払い、後日、組合に補助金を請求する)を行う場合に使います。
- 補助金を請求できる心臓ドック健診費用は、組合員(被保険者・被扶養者)が受診したものです。
- 組合が指定した健診コースの利用料金以外の費用は請求できません。
- 健診結果と健診費用の領収書を添付してください。
- 記入される時は、黒のボールペンまたはサインペンを使用して、楷書でご記入願います。