

## 人間ドック補助金申請書（契約医療機関以外）

補助金申請手続き及び受領について、下記加入員から同意・委任を受けましたので申請します。				
事業所所在地				
事業所名称			印	事業所記号 _____
電話番号			受診者数 _____ 名	
振込先 <small>（事業所名）</small>	預金種別	1：普通    3：その他 2：当座    (        )	銀行 金庫	本店 支店
	口座番号		口座名義	フリガナ

被保険者 番号	氏 名	満年齢	種 別	実施年月日	実施医療機関
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		
			本人・家族		

- ※被保険者証の記号番号、年齢は必ず記入してください。
- ※対象者は当該年度内に満35才以上の被保険者及び被扶養者です。
- ※検診電子データ（検査結果・問診票）、検診結果票の写し及び  
領収証の原本を添付してください。（添付がないと支給できません）
- ※検査項目の未受診がありますと、補助の対象となりません。
- ※事業所一括で申請してください。（入金先は事業所となります。）

受付日付印