

支給決議書 ※この欄は記入しないでください。		常務理事	事務長	担当者
伺年月日	年 月 日			
対象者数				名
支給額				円

人間ドック利用補助金申請書

被保険者証の	記号		番号		
事業所名					
請求金額	_____円				
千葉県自動車販売整備健康保険組合 理事長 様 上記の金額を被保険者 名、被扶養者 名分の補助金として、 別添証拠書により、申請いたします。 年 月 日 申請者住所 申請者氏名 ⑩					
受取金融機関	銀行名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
	銀行 信金 信組 農協	支店・本店	普通 当座		(フリガナ)

上記の太枠の中のみご記入ください。

- ※ 必ずすべてご記入の上、押印してください。
- ※ この申請書にて申請できるのは、受検された日時点において当健康保険組合の、満35歳以上の被保険者と被扶養者であることが条件となります。
- ※ ドックを受検し、補助金申請できるのは、1人につき、年度内に1回1種類に限ることとする。
- ※ 受検総額の内、**自己負担分としての10,000円を控除した金額に対し、32,000円まで助成**する。
- ※ 申請の際、領収証または医療機関からの請求書（いずれもコピー可）を添付すること。
- ※ 申請の際、ドック結果表（全項目分）を添付すること。（コピー可）
- ※ この補助を受けた者については、健康診断または特定健診の補助を行いません。
- ※ 健康保険法における被保険者及びその被扶養者の、健康の保持増進のために行われる保健事業として、人間ドック等の結果について、添付していただいたものを利用いたします。