

| | | | | | | | | | |
|-------------|-----|---|--------------------------|---|--------|----|----|----|------|
| 支給決定 | 補助金 | 円 | 摘要 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 主任 | 係員 | |
| | | | | | | | | | |
| 人間ドック補助金請求書 | | | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | | | | |
| 受診者氏名 | | | | 続柄 | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日(才) |
| 受診医療機関名称 | | | | 受診日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| 検診に要した費用 | 金 | 円 | 確認欄 | 下記を確認の上、左に☑をご記入ください。 | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 | | | | | |

上記の通り人間ドックを受診したので領収書(原本)・結果表(コピー可)・特定健診対応問診票を添え補助金を請求します。

※特定健診対応問診票は、会社で人間ドックとは別に定期健診を受けている方、結果表に既往歴・自覚症状・服薬(血圧・血糖・コレステロール)・喫煙の記載がある方は必要ございません。

私は次の者に人間ドック補助金の受領を委任します。

| |
|--------|
| 事業所所在地 |
| 事業所名 |
| 受任者氏名 |

※特定健診とは、40歳から75歳未満の方を対象に行うメタボリックシンドロームに着目した健診です。健康保険組合では特定健診を加入者全員に実施し、受診率(個人を特定する情報は一切ございません)を国に報告することが義務付けられています。人間ドックの健診項目に特定健診項目が全て含まれていれば、特定健診の実施に代えることが可能となっています。

令和 年 月 日

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

2021.2改定