

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