

人間ドック補助金支給申請書

事業所	所在地 名称				
被保険者	保険証 記号 番号	氏名			(印)
受診者氏名	生年月日 昭和 平成 年 月 日 (歳)			続柄	受診コース (○で囲む)
					1日・1泊2日
受診年月日	平成 年 月 日	受診料	円		
実施医療機関名					

「領収書 (原本)」並びに「検査成績表 (写し)」・質問票 (40 歳以上の方) を添えて申請いたします。

ただし、領収書 (原本) は、健保組合で確認後、返戻いたします。

領収書 (原本) 返戻 〈該当に○印〉	希望する		希望しない
	会社	自宅	

返戻先	〒
-----	---

平成 年 月 日

セメント商工健康保険組合 殿

委任状	私は	を代理人と定め、人間ドック補助金の受領を委任いたします。	平成 年 月 日
	住所		
	被保険者 氏名		(印)
	代理人氏名 (受領責任者)		(印)

※任意継続被保険者の方のみ記入してください。

振り込み先	銀行・金庫・組合 (預金口座種目：普通・当座) (口座番号：)	本・支店
-------	------------------------------------	------

〔受付年月日〕

※この欄は記入しないでください。

(規定ドック料金)	(受診者一部負担金)	(補助金額)
円 -	円 =	円

※コピーしてご使用ください。