

	担当者

人間ドック（本人・家族）補助金請求書

人間ドック（本人・家族）に対する補助金について、健診機関の領収書および検査結果表を添付し請求いたします。

太枠内をすべて記入してください

平成 年 月 日

被保険者証の記号番号	—	被保険者の氏名・印	フリガナ ⑩		
被保険者の生年月日	昭・平 年 月 日	性別	男・女		
被保険者の現住所	〒 TEL				
所属部署(店舗)	TEL				
社員番号					
被扶養者が健診を受けたときは、その受診者の	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	続柄	
	氏名				
健康を診断した	医療機関	名称			
		所在地	〒		
	受診日	平成 年 月 日 から 日間			
健診にかかった金額	円				

- (注) 1. 健診後は、この請求書に ①「健診機関の領収書の原本」と ②「検査結果表（コピー可）」を添付の上、健康保険組合宛てに請求してください。
尚、脳ドック・がんドック・肺ドック・腰痛ドック等のみを受診し、一般健診項目が含まれていない場合は、費用補助の対象とはなりませんのでご注意ください。
詳しくはマルハン健康保険組合ホームページにてご確認ください。
2. 人間ドック（本人・家族）の補助金は、被保険者の給与振込口座に振込みいたします。
3. 規程の上限40,000円までのお支払になります。

受付日付印

健保記入欄

支給金額	円
------	---