健康診査等利用報告並びに補助金請求書 （任継用）

下記のとおり、健康診査等の利用をしましたので、健診機関の利用料金領収書(写)及び利用目的同意のうえ健診結果(写)を添えて補助金を請求いたします。

なお、請求金額は、別添の補助金振込依頼書の口座名義人に振込願います。

記号・番号	９９９ ―			フリガナ 被保険者氏名	
利用者区分	被保険者 ・ 被扶養者			フリガナ 被扶養者氏名	
性別	男・女	年齢	歳	生年月日	昭 平　年　月　日
住所	〒　　TEL　（　）				

健診種別 （該当する種別に○をつけてください）		補助金限度額
1. 契約外短期人間ドック	A. １泊２日ドック	３０，０００円
	B. 日帰り(1日)ドック	１５，０００円
2. 生活習慣病健診		５，０００円
3. 婦人科健診		３，０００円
4. 胃部検診		２，０００円
5. 脳ドック(脳検査)		１０，０００円

請求金額　　円

※支払額が補助金限度額に満たない場合はその支払額

利用健診機関名		利用日	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日
備考			

令和　年　月　日

（注）① 健診種別ごとに本書を作成してください。
② 必須検査項目を受診されていない場合には、補助金を支給できない場合があります。
③ 添付されました健診結果(写)は、健康診査事業以外の目的には利用いたしません。

大阪府電設工業健康保険組合(7.4)

補 助 金 振 込 依 頼 書

請求の（ 人間ﾄﾞｯｸ・生活習慣病健診・婦人科健診・胃部検診・脳ﾄﾞｯｸ（脳検査） ）
実施補助金については、下記口座へ振込願います。

記

（フリガナ）　----------

口 座 名 義 人　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

銀　行　名　　銀　行　　支　店
＿＿＿＿＿＿＿＿信用金庫＿＿＿＿＿＿＿＿出張所
（いずれかに◯してください）

口 座 番 号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

預 金 種 別　普 通 預 金　その他（　　）

令和　　年　　月　　日

記号＿＿＿＿　番号＿＿＿＿

請求者　住　所

氏　名

（注）　請求者と口座名義人が相違する場合は、別に委任状が必要です。

大阪府電設工業健康保険組合（7.4）