（任継用）

健康診査等利用報告並びに補助金請求書

　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。

　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）

　　　　　　　　　　　　　銀　　行　　　　　　　　　　支　店

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　出張所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（いずれかに　　してください）

　　　　　　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)