

脳ドック・1泊人間ドック等申込書(補助申請書)

申込期限は9月中 厳守

【申込書】

申込月日	月 日	所属	
社員コード	記号 番号	フリガナ	
		氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
住所	〒 -		
電話番号	- -		
健診機関名			
健診機関所在地	〒 -		
健診機関電話番号	- -		
健診の内容 (又はコース名)		健診 予定日	令和 年 月 日
概算健診費用	(a) 円	(b) 左記金額の7割 (円未満端数切捨て)	= 円
概算健保補助金額	(b) 又は 49,000円のいずれか少ない金額 ⇒ (c)		円
概算自己負担金額	(a) - (c) ⇒		円

脳ドック・1泊人間ドック等の申込みを受け付けました。

受付No. _____

令和 年 月 日

科研製薬健康保険組合

受診後は、当申請書・検査結果(コピー可)・本人名宛領収書(コピー不可)を添えて、健康保険組合まで補助金申請をしてください。

【補助申請書】

補助金申請日 令和 年 月 日

氏名 _____

補助金支払決済		
常務理事	事務長	担当者

領収書の金額	(a) 円	(b) 左記金額の7割 (円未満端数切捨て)	= 円
健保補助金額	(b) 又は 49,000円のいずれか少ない金額 ⇒ (c)		円

※ 従業員は給与の中で支給、任意継続被保険者は登録口座に振り込みます。

※ 生活習慣病健診との併用は出来ません。