

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	00 月 00 日	所 属	〇〇部〇〇グループ 又は 任意継続		
社員コード	記号	番号	フリガナ	メタボ ケンシン	
54321 又は 任継	00	0000	氏 名	眼太保 健心	
生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 00 年 00 月 00 日			☒ 男性 ☐ 女性	
住 所	〒 100 - 0001 東京都千代田区千代田1-1				
電 話 番 号	00 - 0000 - 0000				
健診機関名	東京メディカルクリニック				
健 診 機 関 所 在 地	〒 114 - 0023 東京都北区滝野川6-14-9				
健 診 機 関 電 話 番 号	00 - 0000 - 0000				
健診の内容 (又はコース名)	プレミアムドック			健診 予定日	令和 00 年 00 月 00 日
概算健診費用	(a)	110,000 円	(b)	左記金額の7割 (円未満端数切捨て) =	77,000 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)					49,000 円
概算自己負担金額 (a) - (c) ⇒					61,000 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

【
補
助
申
請
書
】

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。