

人間ドック等補助金申請書

(一般健診・総合健診・脳ドック・がん検診・婦人科検診 等)

保険証右上の
12～始まる番号

健診を受けた方

被保険者証記号番号	組員氏名	受診者氏名	受診者生年月日
12****	建設 太郎	建設 花子	昭和 平・令 ****
人間ドック等を実施した年月日	年 月 日	健診機関が証明した年月日	年 月 日
上記のとおり人間ドック等を実施したことを認めます。			
住所	領収証のコピーに「健診の種類」「健診機関の名称」「実施日」「受診者名」の記載があればここは空欄で結構です		
名称			
電話			

◎健診機関の方へ

人間ドック等を実施した年月日・証明日、健診機関の住所・名称・電話番号のご記入をお願いします。

上記のとおり申請します。 令和 ****年**月**日	〒****-****
住所	東京都*****
組員氏名	建設 太郎
建設連合国民健康保険組合殿	電話(日中連絡先) 090(****)*****
振込先金融機関	銀行 信用 信金 農協 ****
(銀行・ゆうちょ銀行のいずれか一方にご記入ください)	ゆうちょ銀行 記号 番号(右につめて記入してください)
本 店 預金種類	1:普通 2:当座 3:貯蓄 ****
支店 出庫所	番号(右につめて記入してください)
※振込先金融機関を組員以外にする場合は建設国保に加入しているご家族様のみ可とします	
口座名義(カナ)	ケンセツ タロウ

◎被保険者の皆様へ

- 人間ドック等の補助金は年度一回支給されます。
- 領収書のコピーは、受診者名・金額・内容の明細を提出してください。
- 特定健診対象の方で、特定健診の検査項目を含んだ人間ドック等を実施した場合は、提出してください。

組員様名義の金融機関をご指定ください
口座名義はカタカナでご記入ください

本部決裁欄	備考	費用額	円
※右のとおり決定してよろしいか		支払 不払	円
支払決定額			円

本 部
受付印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支 部
受付印