



	人間ドック	婦人科
総額		
一部負担金		
補助額		
合計補助額		

支給支払決議書			
常務理事	事務長	課長	担当
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支給年月日	年	月	日

契約外人間ドック費用補助申請書

(疾病予防補助金)

(対象者：30歳・35歳・40歳～74歳)

※受診時年齢

事業所C	事務担当

大日本印刷健康保険組合 御中

社員番号

住所

被保険者

氏名

下記の通り申請いたします

被保険者証	記号		所属	会社名			
	番号						
	枝番						
人間ドックを受けた 病院名及び所在地 並びに電話番号	病院名						
	所在地						
	電話番号						
人間ドック受診日	年	月	日	かかった 費用	円	受診結果 の枚数 <small>(下部、注意を参照)</small>	枚
受診者	フリガナ		性別		続柄		
	氏名		生年月日	年	月	日	受診日 年齢
前回の人間ドック受診日	年	月	日	(機関名)	<input type="checkbox"/> 今回初めて

委任状	私は事業主を代理人と定めこの疾病予防補助金の受領を委任します						
	年	月	日	被保険者氏名			
領収書	金 円 也 領収いたしました。						
	年	月	日	代理人職氏名			

【注意】「受診結果の枚数」には特定健診質問票も含めてください。

年 月 日 提出

【添付書類】この申請書には、以下のものを添付願います。

入力番号		点検者		特定 健診	
------	--	-----	--	----------	--

・料金の内訳が分かる領収書 (コピー不可)

・受診結果のコピー (40歳以上の方は特定健診項目、特定健診質問票含む)

※特定健診質問票は、検査機関から取寄せるか、健保ホームページの質問票に受診当時の状況 (判らなければ、現時点でも可) を記入して添付願います。

・受診結果は、全てのページを漏れなく添付してください。

・判定記号の説明 (※) が含まれている用紙を添付してください。

※「A：異常なし、B6：要経過観察 (6ヶ月)・・・」等の説明

費用補助は年度内 (当年4月1日～翌年3月31日) に1回のみです。