



人間ドック等利用助成金請求書

令和 年 月 日

📌 どちらかにチェックをしてください

- 事業所を通した請求 ▶▶▶ ご記入後、事務担当者に提出してください
- 事業所を通さない請求 ▶▶▶ 以下の条件を了解の上、ご記入、押印後サービスセンターに直接提出してください

以下の条件を満たした場合、会員が直接「人間ドック等利用助成金」を請求することができます。
その場合は事業所代表者印は不要です。

- ① 事業所が直接請求を認めている。
- ② 書類不備があった場合、事務担当者を通じた連絡も可とする。

助成金は、請求後審査を行い、事業所指定口座に振り込まれます。審査の一環としてサービスセンターより関係機関に確認を求める場合がございますのでご了承の上、助成金請求書をご提出ください。

事業所番号		事業所名・代表者名	印
		<small>この欄の印はどちらか一方でかまいません</small>	
電話番号	-	-	印

会員番号		会員氏名	印
			(*)

(*)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

医療機関名			
住所			
区分	人間ドック	<input type="checkbox"/> 1泊2日	<input type="checkbox"/> 日帰り
	検診	<input type="checkbox"/> 乳がん	<input type="checkbox"/> 子宮がん
受診年月日	令和 年 月 日	～	月 日 (日)

【注意事項】

定められた自己負担額以上でないものは、助成対象外となります。

「一般健診」+「付加健診」での人間ドックの利用請求は、下記の3つの検査項目が確認できる資料(診断結果表等)を添付して請求していただく必要があります。

付加健診検査項目:腹部超音波検査/肺機能検査/眼底検査

添付書類チェック欄

- 会員本人宛の内訳付き領収書(以下の事項が明記されているもの。会社宛は不可)
- 氏名 受診日 人間ドック、乳がん・子宮がん検診である旨 各検診ごとの金額

【事務欄(以下は記入しないでください)】

処理欄

検印	係

受付印

請求金額 *金額は記入しないでください。

円