

同年月日 令和 年 月 日

支給決議書	常務理事	事務局	備考(病名コード)				
	資格関係	取得	昭和・平成・令和	年	月	日	
		喪失	昭和・平成・令和	年	月	日	
	証NO	支給金額					

\*この線より上は請求者において記入しないこと

本人・配偶者 人間ドック補助金支給申請書

被保険者の記号番号	—	事業所の名称		社員番号	
利用年月日	令和	年	月	日	
医療機関名					
医療機関への支払額					
利用者	氏名				
	生年月日		年齢		
	続柄				
上記のとおり請求いたします。					
		令和	年	月	日
1.	銀行	支店	〒	—	
	(口座種別)	NO	請求者の住所		
2.	郵便局 (店番)	(番号)	_____		
3.	給与振込み	氏名 _____			
*1, 2は退職者のみです。在籍者の方は、3を選択してください。					
*任意継続者の方は健保への届出をしている口座への振込となります。					
帝人グループ健康保険組合理事長殿					(TEL _____)

- 医療機関の領収書(コピー可)を添付してください。(人間ドックと記載があるもの)
- 補助額
  - 利用年月日が令和4年3月31日まで:利用料(税抜)の3割です。(申請は年1回で、15,000円を限度とします)
  - 利用年月日が令和4年4月1日~令和5年3月31日まで:利用料(税込み)の実費です。(申請は年1回で、40,000円を限度とします)