伺年月日　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

代筆・代理申請不可

在籍事業所・所属を記入(退職者は最終在籍部署)
任継者は記入不要

本人・配偶者　人間ドック補助金支給申請書

保険証上部に記載の記号・番号を記入

被保険者の記号番号	100 － 1234567	事業所の名称	帝人(株)	社員番号	12345
利用年月日	令和 4 年 4 月 9 日				
医療機関名	帝人病院				
医療機関への支払額	58，000円				
利用者	氏　名	帝人　花			
	生年月日	S 53. 11. 7	年　齢	41	
	続　柄	妻			

人間ドックを受けた日を記入

人間ドックを受けた医療機関を記入

実際に医療機関に支払った金額
※利用年月日
令和4年3月31日まで:消費税除き金額
令和4年4月1日以降:消費税込み金額

人間ドックを受けた人の氏名・生年月日・続柄

申請できる人は、30歳以上の被保険者及び30歳以上の被扶養者である配偶者

上記のとおり請求いたします。

令和 4 年 5 月 25 日

1.　　銀行　　支店

(口座種別)　　NO

2. 郵便局

3. 給与振込み

在籍者は　3.給与振込み　を選択。
退職者は　1.又は2.　を選択(本人名義口座)
任継者は、健保に届けでている口座。

〒 ××× － ××××

請求者の住所

愛媛県松山市○○町○○－○○

被保険者の住所・氏名

氏名　帝人　太郎

＊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。

(TEL ××××－××××－××××)

帝人グループ健康保険組合理事長殿

※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)