

FUJI健康保険組合 殿

健保使用欄		
常務理事	事務長	担当者
シーケンスNO.		
補助金額	¥	

所 属										
社員No.	記号 - 番号	1	1							
被保険者氏 名										

健康診断補助金支給申請書

受診した健診の種類 (該当する健診にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 生活習慣病健診・人間ドック 〔 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診(50歳以上男性) 〕	補助金額	20,000円までの実費/人 (2,000円までの実費/人)
	<input type="checkbox"/> 乳がん・子宮がん検診		8,000円までの実費/人
	<input type="checkbox"/> 脳ドック		23,000円までの実費/人
	<input type="checkbox"/> 肺ドック		5,000円までの実費/人
	<input type="checkbox"/> 歯科健診(支店・営業所)		5,000円までの実費/人
利用医療機関名	・ ・ ・		
利用年月日	20 年 月 日 ~ 20 年 月 日, 計 _____ 日間		

受 診 者	被保険者・被扶養者氏名		続柄

振込先 (ゆうちょ銀行を含む)	銀行 信用金庫 農 協		本店 支店 出張所							
	名義人氏名	(カタカナで記入)	普通 ・ 当座	口座No.						

※ 振込先は被保険者ご本人名義にしてください。
※ 金融機関名・支店名・口座No.等に関連があると振込できませんので、正確に記入してください。
※ 乳がん・子宮がん検診を別々の健診機関または日付で受診した場合は、両方を併せて請求してください。
※ 歯科健診で、健診結果が発行されない場合は、健保組合へご連絡ください。(TEL0566-82-9851)

【添付書類】

- 1. 医療機関の領収書
- 2. 健診結果のコピー

●生活習慣病健診・人間ドックの場合(上記1. 2に加えて)
3. 問診票(健保組合のホームページに書式があります。)

