

令和 年 月 日

常務理事	事務長	係	支給額	受 付
			¥	

人間ドック費用補助金申請書

被保険者証の 記号・番号	記号 <u>999</u> 番号 <u>999</u>	受診者の氏名 生 年 月 日	<u>品川 次郎</u> <u>昭</u> 平 年 月 日
受 診 項 目	人 間 ド ッ ク		
健 診 を 受 け た 医 療 機 関 名 称 お よ び 所 在 地	名 称 <u>横浜中央病院</u> 所在地 <u>神奈川県横浜市・・・区・・・</u>		
受 診 年 月 日	令和 <u>99</u> 年 <u>9</u> 月 <u>9</u> 日		
本 人 支 払 額	¥ <u>45,000</u>		
上記のとおり申請します 令和 <u>99</u> 年 <u>9</u> 月 <u>9</u> 日 被保険者 住 所 <u>神奈川県横浜市・・・区・・・</u> 被保険者 氏 名 <u>品川 次郎</u> シナネン健康保険組合 理事長殿			

- ◎ 記 載 方 法 受診後、この申請書の太枠内のみ記入し、領収書(本書)は下部にある指定場所に貼付
- ◎ 提 出 書 類 申請書に「健診結果表(写)」1部と次のページにある「特定健診質問票」を添付
- ◎ 提出ルート 本人 ⇒ 事業者担当者(または営業所担当者) ⇒ 健康保険組合
- ◎ 提出方法 社内連絡便、または 郵送 住所)シナネン健康保険組合

〒140-0002 東京都品川区東品川1丁目39番20号

領 収 書 貼 付