

人間ドック補助金申請書

令和 年 月 日

東京技芸国民健康保険組合理事長殿

〒 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
組合員氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり申請いたします。

利用施設名 (利用した施設の前に○印を付けてください。)

Table with 2 columns: Facility Name, Selection (circle). Rows include IMS(イムス)グループ, 楠樹記念クリニック, 生光会(新宿追分クリニック・レディスクリニック), 永寿総合健診・予防医療センター, 賛育会病院, 牧田総合病院人間ドック健康センター, 日本健康増進財団恵比寿健康センター, PL東京 健康管理センター, 河北総合病院検診センター, 南多摩病院, 八王子健康管理センター, アルファメディック・クリニック, 国際医療福祉大学成田病院, アルジェクリニック, その他( )

利用年月日 令和 年 月 日  
利用コース 日帰り(半日) 一泊二日 脳ドック  
(利用者)

Table with 8 columns: No, 記号番号, 氏名, 続柄, 年齢, 補助金申請額, 胃, 乳子. Includes a '合計' row.

- ※ 添付書類: 領収書原本と健診結果の全ての写しを添付してください。
- ※ 人間ドックを受けた方は特定健康診査、一般健康診断(個別、集合)を受けることは出来ません。
- ※ 領収書の日付から2か月以内に申請してください。

振込先銀行名

Table for bank transfer details: 銀行名, 支店名, 預金種目, 口座番号, フリガナ, 口座名義

事務処理欄

Table for administrative processing: 受付日, 資格確認, 現金給付入力, 備考 (節目健診: 対象・対象外 診断結果: 有・無)

審査の結果間違いないので支給する。

Table for audit decision: 決裁 (常務理事, 事務長, 次長, 担当者)