

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。)

IMS(イムス)グループ[ ]	河北総合病院検診センター
楠樹記念クリニック	東京臨海病院 健康医学センター
生光会(新宿追分クリニック)	南多摩病院
永寿総合健診・予防医療センター	八王子健康管理センター
賛育会病院	アルファメディック・クリニック
牧田総合病院人間ドック健康センター	国際医療福祉大学成田病院
日本健康増進財団恵比寿健康センター	アルシェクリニック
PL東京 健康管理センター	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 2日コース

(利用者)

No	記 号 番 号	氏 名	続 柄	年 齢	補助金申請額	胃	乳子
	77- -						
合 計							

- ※ 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

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

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。

決 裁			
常務理事	事務長	次 長	担当者