

〈社員用〉

- ◆ 健診受診期間 4月1日～翌年3月31日
- ◆ 補助金申請期間 4月16日～翌年4月10日必着(年1回限り)

常務理事	事務長	責任者	扱員	受付

- 人間ドック
- 婦人科がん検診

社員の 補助金支給申請書

		✓ 点チェックしてください。 添付書類	申請書提出先
人間ドック 会社の定期健診を受診(予定)の場合は申請できません。二重受診の場合は、ドック補助金を返納していただきます。	<input type="checkbox"/>	領収書(原本) ※宛名が「受診者本人の名前」の領収書をご提出ください。 ※料金が受診項目別に記載された領収書をご提出ください。	●会社(事業所)の健康保険取り扱い窓口(総務・人事・管理課等) *ヤマハ健保へ直接送付しないでください。
	<input type="checkbox"/>	健診結果(コピー)	
	<input type="checkbox"/>	問診票(P11を記入)	
婦人科がん検診	<input type="checkbox"/>	領収書(原本) ※宛名が「受診者本人の名前」の領収書をご提出ください。 ※料金が検診別に記載された領収書をご提出ください。	
	<input type="checkbox"/>	市区町村の「がん検診案内」 ※対象者のみ	

		受診年月日	支払い額(税込)		補助金対象額	支給決議額	備考
人間ドック		<input type="checkbox"/> 年 月 日					
婦人科がん検診	乳がん(視触診)	<input type="checkbox"/> 年 月 日					
	乳がん(マンモグラフィ)	<input type="checkbox"/> 年 月 日					
	乳がん(乳房エコー)	<input type="checkbox"/> 年 月 日					
	子宮がん検査(内診・細胞診)	<input type="checkbox"/> 年 月 日					

申請者記入欄

今年度実施の健診について健診機関名をご記入ください。

人間ドック			乳がん	
			子宮がん	
保険証	記号	番号	事業所名	
被保険者(受診者)氏名	フリガナ		部 門 部 課 名	メールBOX 【 】
			生年月日	昭和 平成 年 月 日(歳)
			T E L (日中の連絡先)	- -
			(男 ・ 女)	
住 所	〒			
委任領 受領欄	被保険者(本人)が記入	年 月 日 被保険者氏名		
事業所の健保担当者が押印	本支給申請書に基づく補助金の受領を 事業所名			

事業所名をゴム印で押印してください。 に委任します。

※1カ月以内にご退職予定で、任意継続に加入されない方は、振込先確認のため健保へご連絡ください。