

<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

	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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 健診結果(コピー)	
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> R6年 4月 25日	4 2 0 0 0			人間ドック
婦人科がん検診	乳がん(視触診)	<input type="checkbox"/> 年 月 日				乳がん
	乳がん(マンモグラフィ)	<input type="checkbox"/> 年 月 日				子宮がん
	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	〇〇〇健康センター		乳がん	
			子宮がん	
保険証	記号 1	番号 1 2 3 4 5 6	事業所名	ヤマハ株式会社
被保険者(受診者)氏名	フリガナ	ヤマハ タロウ	部門 部 課 名	東京事業所
		山葉 太郎	生年月日	昭和 49年 4月 5日(50歳)
		(男・女)	TEL (日中の連絡先)	090 - 1234 - 5678
				メールBOX 【 KH-2 】
住所	〒 000-1111 〇〇県〇〇市△△区□□町123			
委任領 被保険者(本人)が記入	R6年 4月 30日 被保険者氏名 山葉 太郎			
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。