

節目人間ドック  
コースB

エーザイ健康保険組合  
理事長 殿

節目人間ドック費用補助申請書

※保険証で確認してください

記号: 社員・アルバイト等は「10」  
ユニオン専従職員は「50」  
任意継続被保険者は「999」

番号: 社員番号

ご本人の在籍事業所と所属を記入してください。  
(所属は略号で可)

申請日	年 月 日		* 補助額欄を除く太枠内に記入してください			
保険証 記号・番号	記号 番号	所属 事業所		組織 略号		
被保険者氏名 (社員氏名)			受診日	年 月 日		
医療機関名						
検査費用		円	補助額	円		

実際にかかった費用の額(領収書に記載されている額)を記入ください。

- ◆ 支払方法  
補助金は事業主(会社)を通じ、給与支給時にお支払いさせていただきます。
- ◆ 添付するもの
  - \* 領収書の原本
  - \* 医療機関発行の検査結果表のコピー
  - \* 健診アンケート(裏面がアンケートです。必ず記入の上、提出ください。)  
アンケートの記入がない場合、費用精算ができません。  
(医療機関で同様のアンケートを実施している場合は、そのコピーでも可)
- ◆ 補助金について
  - \* 70,000円までの実費(上期のみ適用)
  - ただし、健康保険証を使用して受診した分は対象外です

健保受付印

**必ず裏面のアンケートを記入ください。(医療機関で同様のアンケートを実施している場合は、そのコピーでも可)**

承認欄			
常務理事	事務長	経理	担当