

記入例

**節目人間ドック
コースA-a**

エーザイ健康保険組合
理事長 殿

節目人間ドック費用差額補助申請書

* 網掛け部分以外の太枠内に記入してください

申請日	年 月 日	所属事業所	組織略号
保険証 記号・番号	記号 番号	被保険者氏名 (社員氏名)	
受診日	年 月 日	日健受診分	円
窓口負担額	円	補助額	円
医療機関名			

保険証で確認してください

記号:

社員・アルバイト等・・・10
ユニオン専従職員・・・50

所属事業所はCO名、工場名、研究所名、本社、別館などを記入してください
組織略号も記入してください

ここには、何も記入しないでください。

領収書の金額をそのまま記入してください。
検査費用合計ではありません。

- ◆ 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。
ただし、支払いまでに3~4カ月を要する点、ご了解願います。
- ◆ 添付するもの
* 領収書の原本

健保受付印

- ◆ 補助金について
「日本健康文化振興会」が実施する節目人間ドックを受診した方で、健診日当日に窓口負担が発生したとき、同会が指定する基本検査及びオプション検査の合計が70,000円を下回っていれば、同日に追加で受診した検査の費用などを、差額の範囲内で補助します。
2枚目の「料金チェックシート」で確認してください。

承認欄			
常務理事	事務長	経理	担当

