

記入例

節目人間ドック コースA-a(任意継続)

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(任意継続)

* 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			
保険証 記号・番号	記号	被保険者氏名 (社員氏名)		
	番号			
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				
被 保 険 者 名 義 の 先 達	口座名義 (被保険者)	(フリガナ)		
	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	銀行 信金 信組 農協	支店名	本店 支店 出張所
	口座番号	普通 当座		右詰で 記入
	ゆうちょ銀行	記号	1	0
	番号			

※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「9999」

ここには、何も記入し
ないでください。

実際にかかった費
用の額(領収書に記
載されている額)を

※記入不要:原則、加入時に登録いただいた金融機関の口座に振り込みます。

当該口座が利用できない場合のみご記入ください。

ただし、お支払いまでに3~4か月を要する点、ご了解願います。

健保受付印

- ◆ 添付するもの
 - * 領収書の原本
- ◆ 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