

支給決定決議書	総額	円	決裁年月日	年	月	日
	本人負担	円	常務理事	事務長	担当者	担当者
	健保負担	円				
	支払年月日	令和	年	月	日	

健康保険 人間ドック補助金申請書(被保険者・被扶養者)

日本製紙健康保険組合 御中

申込年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号	—		被保険者の氏名・印	フリガナ
	被保険者の勤務する事業所	名称			
		所在地			
		所属		電話番号	

受 診 者	氏名	フリガナ			続柄	
	生年月日	昭・平	年	月	日(歳)	電話番号
	医療機関	名称				
		所在地				
	受診日	令和 年 月 日 (日帰り・1泊)				
	オプション					
	費用決議	1. 全額立替払い(後日健保負担分支給) 2. 当日個人負担金窓口支払い				
立替払の受取口座 退職者のみ記載	銀行	支店	普・当	口座番号	フリガナ名義	
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。					
	被保険者住所 (申請者)氏名	令和 年 月 日				
	代理人所在地 (事業主)名称					

注意事項)

- ・健保補助額の上限 30,000円 年1回 (脳ドック補助金申請者は対象外) 受 付 印
- ・全額立替払いの場合は必ず領収証(原紙)を添付してください。
- ・領収証の内訳には「人間ドック」と明記されていること。
- ・受診資格者は、**35歳以上の被保険者と被扶養配偶者のみ**。(健診日に35歳に到達していること)
- ・健診案内冊子(ハピルス健診サイト)を通してお申込みされた方は、健保への申請不要。