

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 脳ドック補助金申請書(被保険者のみ)

日本製紙健康保険組合 御中

申込年月日 令和 1 年 10 月 1 日

被 保 者	被保険者証の記号・番号	111 - 99999	被保険者の氏名・印	フリガナ ニッポン タロウ 日本 太郎	
	被保険者の勤務する事業所	名称	日本製紙株式会社		
		所在地	東京都千代田区神田駿河台4-6		
		所属	●●●●●●	電話番号	000-000-0000

受 診 者	氏名	フリガナ ニッポン タロウ 日本 太郎	続柄	本人	
	生年月日	昭・平 ●●年●●月●●日(●●歳)	電話番号	000-000-0000	
	医療機関	名称	日本病院		
		所在地	東京都 ●●●●●●1-1-1		
	受診日	令和 1 年 9 月 1 日 (日帰り) ・ 1泊)			
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。 令和 1 年 10 月 1 日				
	被保険者住所 (申請者) 氏名	●●●●●●●●1-2-3 日本 太郎			
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 (人間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。
- ・領収書の内訳には「脳ドック」と明記されていること。
- ・受診資格者は、50歳以上の被保険者のみ。(健診日に50歳に到達していること)
- ・被扶養者(家族)の方は、脳ドック補助の制度はありません。
- ・健康保険の適用となる検査項目または医療行為を受診した場合は、申請対象外。