

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 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	本人
	生年月日	昭・平	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 )		
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 年 月 日				
	被保険者住所 (申請者) 氏名				
	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。