事業所 記　号	

人間ドック補助金申請書

添付書類

1. 領収書（原本）　健診日、受けた人の氏名、人間ドックの名称の記述があるもの
   ＊注意事項：胃検診（バリウム又は胃カメラ）、腹部超音波検査、便潜血は人間ドックの必須検査項目です。この検査を受けないと補助額が減額されます。
2. 健診結果表（写）　健診実施機関が発行した結果表 （実施健診内容確認のため必要です）
3. 受 診 票　健保組合から健診資格者（40歳以上被保険者、被扶養配偶者）にお届けしている健診の案内に同封しております。

（人間ドック補助上限額 30，000円 女性コースも同額の補助です）

番号	被保険者番号	氏　名	資　格	生年月日	年　令	健診費用	補助申請額
1			本人 ／ 配偶者				
2			本人 ／ 配偶者				
3			本人 ／ 配偶者				
4			本人 ／ 配偶者				
5			本人 ／ 配偶者				
6			本人 ／ 配偶者				
7			本人 ／ 配偶者				
8			本人 ／ 配偶者				
9			本人 ／ 配偶者				
10			本人 ／ 配偶者				
11			本人 ／ 配偶者				
12			本人 ／ 配偶者				
13			本人 ／ 配偶者				
14			本人 ／ 配偶者				
15			本人 ／ 配偶者				

注記　申請期限は健診実施後3ヵ月以内です

人間ドック補助金申請額 （　　名分）　　円

年　　月　　日

神奈川県機器健康保険組合
理事長 殿

受診者の代理として領収書、健診結果表（写）、受診票、を添付し補助金を申請します

事業所名
代表者氏名　　印

20190604