支　給　決　議　書 ※この欄は記入しないでください。		常務理事	事務長	担当者
伺年月日	年　　月　　日			
対象者数	名			
支 給 額	円			

人間ドック利用補助金申請書

被保険者等の	記号		番号	
事 業 所 名				
請 求 金 額	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円			

千葉県自動車販売整備健康保険組合　理事長　様

上記の金額を被保険者　　名、被扶養者　　名分の補助金として、
別添証拠書により、申請いたします。

年　　月　　日

申請者住所

申請者氏名　　㊞

受取金融機関	銀行名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
	銀行 信金 信組 農協	支店・本店	普通 ・ 当座		(フリガナ)

上記の太枠の中のみご記入ください。

※　必ずすべてご記入の上、押印してください。
※　この申請書にて申請できるのは、受検された日時点において当健康保険組合の、満３５歳以上の被保険者と被扶養者であることが条件となります。
※　ドックを受検し、補助金申請できるのは、１人につき、年度内に１回１種類に限ることとする。
※　受検総額の内、**自己負担分としての１０，０００円を控除した金額に対し、３２，０００円まで助成**する。
※　申請の際、領収証または医療機関からの請求書（いずれもコピー可）を添付すること。
※　申請の際、ドック結果表（全項目分）を添付すること。（コピー可）
※　この補助を受けた者については、健康診断または特定健診の補助を行ないません。
※　健康保険法における被保険者及びその被扶養者の、健康の保持増進のために行われる保健事業として、人間ドック等の結果について、添付していただいたものを利用いたします。