

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係	担当者	金額
							¥

人間ドック(1泊・1日)補助金支給申請書

事業所(会社)名							
記号		番号		申請区分	先払い ・ 償還払い		
受診者氏名				男 ・ 女	受診者区分	被保険者 ・ 被扶養配偶者	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日			ドック種別	1泊 ・ 1日		
受診日	令和 年 月 日			ドック費用	円(税込)		
健診機関名							
健診機関所在地							
サニーピア健康保険組合 御中 上記のとおり人間ドック補助金支給を申請します。 令和 年 月 日 円 - 被保険者(申請者)住所: _____ 被保険者(申請者)氏名: _____ (印) 電話番号: () - _____							
償還払い 希望 振込先	金融機関名			普通 ・ 当座	口座番号 (右つめ)		
	支店名			フリガナ	口座名義		
受取 代理人 委任欄	本申請書に基づく補助金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 円 - 被保険者(申請者)住所: _____ 被保険者(申請者)氏名: _____ (印)						
	受取 代理人 記載欄	円 - 代理人住所: _____ 代理人氏名: _____ (印)					

※補助対象健診機関 健保連の指定施設および当組合契約施設等 (当組合施設は当組合契約コースのみ対象)

※補助限度額 被保険者・・・1泊ドック:30,000円 1日ドック:20,000円
被扶養配偶者・・・1泊ドック:20,000円 1日ドック:10,000円

※申請方法

- 先払い 対象の健診機関に予約後、「人間ドック補助金申請書」「人間ドック受診申込書」「一部負担金(ドック費用-補助金額)」を添えて当組合に申し込み、受診当日は当組合発行の「人間ドック受診承認書」を健診機関に提出してください。
- 償還払い 対象の健診機関で受診し、ドック費用を全額お支払いになられた後、「人間ドック補助金申請書」「領収書(原本)」「結果表(全項目)のコピー」「質問票」を添えて当組合に提出してください。後日、希望口座に補助金額が振り込まれます。ご提出いただいた「結果表」・「質問票」は、保健指導およびデータ分析以外の目的には利用いたしません。