

人間(肺・脳)ドック補助金支給申請書

令和 年 月 日、添付の領収書の通り人間(肺・脳)ドックを受診し、全額自己負担で支払いをしましたので、下記の口座に、補助金をお振込いただきますよう、領収書並びに健診結果票を添えて申請します。

フリガナ :

口座名義人 :

⑨

(本人名義であること)

銀行名・支店名 : 銀行 支店

口座番号 :

※ 口座種別は普通預金口座に限ります。

保険証記号・番号 : —

被保険者氏名

生年月日 : 昭和 ・ 平成 年 月 日生

連絡先 : ()

※この申請書は、「病院一覧」以外で受診された場合など、一旦窓口で全額負担しなければならなかったときに、後日、領収書および結果票とともに提出していただく書類です。

健保への事前申請なしに受診して全額自己負担された場合や結果票の写しを提出いただけない場合については、原則として補助金は支給されませんので、ご了解願います。

送付先 : 〒600-8420 京都市下京区烏丸通五条上る高砂町 381-1 アイフル健康保険組合

添付書類 : 領収書 (原本)、健診結果票の写し