

【被保険者及び被扶養者記入用】

## 実施報告書

**\*注意事項\***

1. 下記太枠線内について、漏れなく記入してください。
  2. 実施報告書に「領収書原本」(コピー不可)と「健診結果の全頁コピー(1部)」を添付してください。
- ※領収書には①領収印がある ②宛名が受診者名である ③検査費、健診費用等が明記されている

申請者記入欄	申請日	年 月 日											
	受診日	年 月 日		年齢	歳								
	健診医療機関名												
	保険証記号・番号	記号		番号		<input type="checkbox"/> 被保険者		<input type="checkbox"/> 被扶養者					
	フリガナ					<input type="checkbox"/> 男	昭和・平成						
	受診者氏名					<input type="checkbox"/> 女	年 月 日生						
		補助上限額		費用(税込み)		※健保組合記載			支給決定額				
ドック補助支給 申請内容 (○をつけてください。)	人間ドック(25,000円)		円						円				
	脳ドック(35,000円)		円						円				
	心臓ドック(40,000円)		円						円				
	人間+脳(45,000円)		円						円				
	人間+脳+心臓(55,000円)		円						円				
	脳+心臓(50,000円)		円						円				
振込先指定口座	金融機関名称				銀行 農協				本店				
	(○をつけてください)				信用金庫 漁協				支店				
					信用組合 その他				出張所				
	預金種別	普通	当座	口座番号 (左づめ)									
	フリガナ												
	口座名義												
領収書添付	※ノリで貼ってください。												