

<提出先>従業員（被保険者）→健康保険組合

2024年度 胃内視鏡受診費用補助申請書

注意事項

- 下記太枠線内について、漏れなく記入してください。
 - 補助申請書に「領収書原本」（コピー不可）と「健診結果表」（コピー可）を添付してください。
- ※領収書には①領収印がある ②宛名は受診者、従業員名（被保険者）である ③胃内視鏡の検査代が明記されていること

申請者記入欄	申請日	年	月	日					
	受診日	年	月	日					
	健診医療機関名								
	定期健康診断受診日	年	月	日					
	勤務地	(例) T D K(株)・本社							
	保険証記号・番号	記号		番号					
	フリガナ					<input type="checkbox"/> 男	昭和	・	平成
	受診者(被保険者)氏名					<input type="checkbox"/> 女	年	月	日生(歳)
受診費用	円 ←領収書に記載されている金額をご記入ください。								
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)					
(○をつけてください)									
フリガナ					※従業員（被保険者）の名義のみ				
口座名義									
領収書添付	※ 補助申請書裏面にのり付けして提出してください。 ※ 領収書は一切お返しできませんのでご了承ください								

提出先

社内メール便	郵便
本社 健康保険組合 保健事業担当宛	〒103-6128 東京都中央区日本橋2丁目5番1号 日本橋高島屋三井ビルディング T D K 健康保険組合保健事業担当 宛

以下健保組合記載

- 変更届確認
 資格確認
 否
 補助金支給額

円（実費金額を補助。但し、税込み17,600円を上限とする。）