

【記入例】

健保処理日	健保受付

ニコン健康保険組合 御中

ドック 補助金申請書

ふりがな	けんぼ たろう		保険証	記号	1	番号	23
被保険者氏名	健保 太郎						
生年月日	昭和・平成	〇〇年	〇月	〇日	年齢	〇〇歳	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
会社名	(株)ニコン		例) (株)ニコンシステム (株) 栃木ニコン				
所属	〇〇部〇〇課〇〇係						
トール(内線番号)	7312-6200						
被保険者の住所 (実際に居住する住所)	〒 140 - 0015 東京都品川区西大井〇-〇-〇						
電話番号	〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇						
委任状	被保険者名(自署)		健保 太郎				
	事業主を代理人と定め本補助金に関する受領を委任します。*注 特例退職・任意継続の方は、委任状への署名は不要です。(保険証記号 888、999 の方)						

自署にて
お願いします。

※ 受信者が被保険者の場合には、氏名欄に「本人」とだけお書きください。

ふりがな	生	年	月	日	続柄	性別	年齢
① 受診者氏名	本人	昭和 平成	年	月	日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳
ふりがな	けんぼ あやめ	生	年	月	日	続柄	性別
② 受診者氏名	健保 あやめ	昭和 平成	〇〇年	〇月	〇日	妻	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 〇〇歳

該当箇所にレ

※ 受診者①、②で利用の種別が異なる場合には、別の用紙にご記入ください。

利用の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック 補助金 25,000円	<input type="checkbox"/> 脳ドック 補助金 30,000円	<input type="checkbox"/> 複合ドック 補助金 40,000円
但し、利用料金が補助金額を下回る場合は、その金額を補助金限度額となります。			
受診日	① 〇月〇日	② 〇月〇日	
病院名	① 〇〇病院	② 〇〇病院	
備考			

*注 委任状 について

事業主を代理人と定め本補助金に関する受領を委任します。補助金を健保組合から直接組合員の方に給付するのではなく事業主(会社)経由で受け取ることに同意を得るものです。(事業主経由で給与口座に振り込みます。)

*特例退職と任意継続の方は健保登録口座へ振り込まれます。(保険証記号 888、999 の方)