

単独検診受診費用補助申請書

村田製作所健康保険組合

被保険者（申請者）

申請者氏名 (被保険者)		保険証 記号・番号	—
事業所名 (会社コード)		所属コード	
氏名コード			

受診者

受診者氏名		年齢 (受診時)	歳	被保険者 との続柄 (どちらかに○)	本人 ・ 被扶養者
受診日	年	月	日		

領収書金額に含まれる検査項目(□に印を付けて下さい)

- 脳ドック 胸部CT 大腸内視鏡 PET
 上記以外 ()
 ※オプション名及び金額をご記入ください。(例：マーカー3種(5,400円))

※申請日以降に退職予定の方は振込先口座をご記入ください <社員（被保険者）名義のみ> 定年後、再雇用の方は記入不要です

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義	口座名義 (カナ)
		普通			

☑ 申請前にご確認ください (☑を入れてください)

- 検査内容の申請対象年齢の条件はクリアしていますか
 領収書の宛名は個人名ですか (例：健保 太郎)
 今年度、初回の申請ですか (補助は年度毎に1回、PETは被保険者のみで2年に1回です)
 保険適用での検査ではありませんか (保険適用されたものは当申請の対象外です)
 領収書(原本)と診療明細書(原本)を、申請書の裏面にのり付けしましたか

◆ 補助金の支給について

在職中の方は、給与の健保付加金で支給します(退職後は上記に記入いただいた口座へ振り込みます)
 補助金額は給与明細の『健保付加金欄』でご確認ください。申請後、支給まで2ヶ月程度かかります
 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	郵送
	MMC本社 MK8400 単独検診担当 宛	〒617-8555 京都府長岡京市東神足1-10-1 村田製作所健康保険組合 単独検診担当 宛

【健保組合記入欄】

- 補助金支給額 円
 補助金支給月 月 給与
 不

R6.4

承認		健保担当	受付印