申請者（被保険者） → 健保組合（本社・MK8400）

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）

※健康保険記号番号は、マイナポータル等でご確認ください。

申請者氏名 （被保険者）		健康保険 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 （どちらかに〇）	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>

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

承認	健保担当

受付印

R6.11