

常務理事	事務長	担当者

下記の金額支出してよろしいか。					
起案年月日	令和 年 月 日	補助金	円		
決裁年月日	令和 年 月 日	支払額	円		
款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費

人間ドック申請書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

事業所名	〇〇〇〇株式会社		記号・番号	99-8765	
所属部課	〇〇工場 〇〇課		社員コード	12345	
被保険者氏名	健保太郎		印		
受診者	氏名	健保花子	続柄	妻	生年月日 S50.1.1
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇〇 TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇			
受診日	令和 1 年 5 月 1 日 ~ 5 月 2 日 日帰り・ <u>1泊</u> ・その他 () 検診料 56,000 円				
検診施設名	〇〇〇〇〇〇病院				
検診費用の支払方法	健保組合から検診施設（契約病院のみ）へ支払い。 補助上限額を超える分については、後日健保組合より被保険者へ請求します。				

◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

——受付日付印——