

常務理事	事務長	担当者

下記の金額支出してよろしいか。					
起案日	令和 年 月 日	支給額	_____円		
給付決定日	令和 年 月 日				
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 86,400 円					
検診施設名	〇〇〇〇〇〇病院					
検診費用の支払方法	被保険者(受診者)が費用を支払い、補助金を健保組合へ申請。 (申請額 30,000 円)					

◎ 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。

◎ 領収書は貼付台紙に貼付し申請書と一緒にご提出ください。