森永健康保険組合　殿

記入例

記入日
令和　▲年 ▲▲月 ▲▲日

〈特例契約〉健診機関ドック受診料補助【 申請書 】

※補助を受けようとする方は、この申請書を受診日の1ヵ月前に当健保組合へ提出してください。
内容審査し、後日「承認通知書」を送付いたします。

被保険者	保険証記号・番号	▲▲▲▲ ― ▲▲▲▲	会社（事業所名）	（株）▲▲▲▲▲
	氏名	▲▲ ▲▲	所属部署	本社▲▲▲部（課、工場、支店、営業所等）
	被保険者住所	（住所） 〒 ▲▲▲ ー ▲▲▲▲ ▲▲ 都・道・府・県 ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲		

受診対象者	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ▲▲▲▲ ▲▲▲▲ ▲▲ ▲▲	続柄	連絡先電話番号
			本人・家族	▲▲ ー ▲▲▲▲ ー▲▲▲▲
	生年月日	昭和・平成 ▲年 ▲▲月 ▲▲日	受診当日年齢	▲▲ 歳

受診先	（健診機関名） ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲	（電話番号） ▲▲ ー ▲▲▲▲ ー▲▲▲▲
	（住所） 〒 ▲▲▲ ー ▲▲▲▲ ▲▲ 都・道・府・県 ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲	
予約日	令和 ▲年 ▲▲月 ▲▲日 （ ▲ ）	
受診料金（税込） ＊受診項目に✓を入れてください	（人間ドック） ▲ コース ▲▲,▲▲▲ 円（税込）	（脳ドック） ＊人間ドックのオプション ▲▲,▲▲▲ 円（税込）
	（オプション検査） ＊合計額 ▲▲,▲▲▲ 円	☐ ピロリ菌 円 ☑ 子宮頸がん ▲,▲▲▲ 円 ☐ マンモグラフィ 円 ☑ 乳房エコー ▲,▲▲▲ 円
	☐ PSA前立腺 円 ☐ 胃カメラへの切替 円	
申請理由	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲	

確認欄 **☐内に✓**	☑ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については、誤りがないことを申請者本人が確認している。

〈人間ドック および オプション検査補助内容〉

被保険者・被扶養者・・・・・受診料の70%、ただし補助上限額は契約料金の70%（消費税含む）。
上記以外のオプション検査は、補助対象外（自己負担での受診）となります。

〈脳ドック補助内容〉

被保険者・被扶養者・・・・・受診料の50%、ただし補助上限額は契約料金の50%（消費税含む）。
年齢に関係なく毎年受診可、ただし単独での脳ドック受診はできません。

健保使用欄

健保補助額（上限、契約料金の負担割合分まで）	
人間ドック（オプション含）	円
脳ドック	円
合計	円

常務理事	事務長	担当者

受付印