

人間ドック費用申込書

この用紙に記入後、azbilグループ健康保険組合まで提出して下さい。

被 保 険 者	会社名	アズビル(株)	申請日	令和	年	月	日
	記号		氏名	⑩			
	番号						
	住所	〒					
利 用 者	フリガナ		男 女	続柄	本人・扶養家族(続柄:)		
	氏名						
	生年月日	昭・平・令	年	月	日		
	住所	〒					
領収書(原本)を添付の上、人間ドック利用補助を申請します。							
検査日	令和 年 月 日 ()						
健診施設 (病院)							
定期健診 受診日	令和 年 月 日 () ※直近1年以内						
その他	<p>◎定期健康診断の代わりとして受診する場合は費用補助の対象外です。</p> <p>◎原則として健保受付日の翌月25日に事業主(会社)を經由して給付します。支払方法は各社人事担当部門にご確認ください。</p> <p>◎任意継続被保険者の方は健保登録口座に振り込みます。</p>						
健保組合 記入欄	<input type="checkbox"/> 適用確認: 該当 ・ 非該当				【受 付】		
	<input type="checkbox"/> 支給額 円						
	常務理事	事務長		担当			