

## 記入例

赤字部分をご記入ください

## 人間ドック受診補助申請書

人間ドックを受診しましたので申請します。

石原産業健康保険組合 御中

20XX

氏名自筆の場合  
捺印不要

<ご注意!!>  
必ず内容をご確認の上  
チェックしてください!  
当てはまらない場合は  
補助の対象となりません

被保険者等 記号 11 番号 100

被保険者 氏名 健保 太郎

健保

事業所 石原産業(株) 大阪本社 連絡先 内線 RRRR

受診者氏名	被保険者 との続柄	年齢	受診日	医療機関名 所在地	ドック代金
健保 太郎	本人	42	R〇年10月24日	大阪石原病院 大阪市北区〇〇1-4-1	45,360
健保 花子	妻	41	R〇年10月24日	大阪石原病院 大阪市北区〇〇1-4-1	48,600

## &lt;申請時のチェック事項&gt;

- 記載内容に間違いはありません(被保険者 記号番号を再度ご確認ください)
- 医療機関が設定する検査項目をすべて受診しました(除外した検査項目はありません)
- 次の書類を添付しました。
  - ①『領収証』・・・受診者名、受診日、ドック料金、『人間ドック代金』と記載されたもの
  - ②『検査結果』・・・コピー可・ABCなどの判定結果しか記載していないものは不可
  - ③『問診票』・・・問診内容に回答してください。(2024.4改訂)
- 同年度内に検査内容が重複する検診の申し込み、および補助申請はいたしません。  
(郵送がん検診・市町村検診・特定健診・生活習慣病検診 等)
- 補助金の支給は事業主に委任します。 ※給与に合わせて支給となります

受付印

