

| | |
|------|----|
| 常務理事 | 係員 |
| | |

| | |
|-------|-------|
| 支給決定額 | 円 |
| 支給決定日 | 年 月 日 |

ドック費用補助金請求書

| | | | | | | | |
|----------------|---------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|----|--------------------------|-----|
| 事業所の名称 | | | | ※支払方法について | | | |
| 被保険者証 記号・番号 | | マンNo. | | 月末締め、翌月給与日払い (事業所より給与と同時振込) | | | |
| 被保険者氏名 | | *給与明細書に健保としての項目はありません。決定通知書で通知した支給金額にてご確認をお願いいたします。 | | | | | |
| 受診者 | 氏名 | 本人との続柄() | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 | | | | | |
| 受診日 | | 年 月 日 | | | | | |
| 受診機関名 | | | | | | | |
| 受診費用 | | | | | | | |
| 問診事項確認 | 服薬・喫煙 | 血圧を下げる薬を服用していますか。 | | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| | | 血糖を下げる薬を服用またはインスリン注射をしていますか。 | | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| | | コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。 | | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| | | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 | | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| | 既往歴 | <input type="checkbox"/> 特記事項なし | | <input type="checkbox"/> 特記事項あり() | | | |
| | 自覚症状 | <input type="checkbox"/> 特記事項なし | | <input type="checkbox"/> 特記事項あり() | | | |
| | 他覚症状 | <input type="checkbox"/> 特記事項なし | | <input type="checkbox"/> 特記事項あり() | | | |
| 医師の判断 | <input type="checkbox"/> 特記事項なし | | <input type="checkbox"/> 特記事項あり() | | | | |

****添付書類**** ・ドックを受診したことが確認できる領収書等
 ・領収書だけで確認が難しい場合:医療機関のドック案内(パンフレット等)のコピー
 ・ドック結果コピー(全てor会社の定期健診と同じ項目の数値等)

上記のとおり請求いたします。
 尚、私の受ける表記補助金の受領は事業主に委任いたします。

年 月 日

被保険者氏名

(印)