【様式１】

平成　　年　　月　　日

健康診断等費用助成申請書

健康診断等費用助成を希望いたしますので、下記のとおり申請いたします。

※①から⑩の項目全てに記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①会員名： | | ②会員番号（４桁）： | | | | |
| ③受診する検診の種類（複数受診も可能です。ただし助成上限は変わりません。） | | | | | | |
|  | □　健康診断  □　脳ドック  □　レディースドック  □　その他（ | | □　人間ドック  □　心臓ドック  □　がん検診・ＰＥＴ検診  　　　　　　　　） | | |  |
| ④受診医療機関名または検診主催団体名： | | | | | | |
| ⑤検診（日）予定日：　　平成　　　年　　　月　　　日  平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| ⑥検診料（税込）：　　　　　　　　　　　　　　　　　 　円 | | | | | | |
| ⑦助成額（検診料の２分の１、上限２万円）：　　　　　　　　　　　円（1円未満切り捨て） | | | | | | |
| ⑧決定通知の送付方法（選択した方法のＦＡＸ番号またはメールアドレスを記入ください）  □ＦＡＸ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □メール（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ⑨振込先金融機関口座　（事務処理の都合上、ゆうちょ銀行以外の口座は受け付けられません）  ゆうちょ銀行　　記号：　　　　　　　　番号：  　　 口座名義（カナ）： | | | | | | |
| ⑩確認事項（チェックを入れてください）  ・検診等は健康保険や後期高齢者医療保険等の適用がない、所得税の医療費控除の対象として確定申告しないものですか？  ・平成３０年４月１日から平成３１年２月２８日までの受診ですか？  ・平成３１年３月１日（必着）までに実績報告できますか？ | | | | | □はい　　□いいえ  □はい　　□いいえ  □はい　　□いいえ | |
| 事務局処理欄  受理日：　　　　　　　　　　　　Ｎｏ． | | | | 助成　　　　　　円　　：　却下 | | |