

【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。）	
<input type="checkbox"/> 健康診断	<input type="checkbox"/> 人間ドック
<input type="checkbox"/> 脳ドック	<input type="checkbox"/> 心臓ドック
<input type="checkbox"/> レディースドック	<input type="checkbox"/> がん検診・PET検診
<input type="checkbox"/> その他（ ）	
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）	
<input type="checkbox"/> FAX（ ）	
<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・平成31年3月1日（必着）までに実績報告できますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
事務局処理欄	
受理日： No.	助成 円 : 却下