【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 |