

【様式 1】

令和 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・P E T 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・令和 年 月 日 平成・令和 年 月 日	
⑥検 診 料 （ 税 込 ） ： 円	
⑦助成額（上限5,000円）： 円	
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31年4月1日から令和2年2月28日までの受診ですか？ ・ 令和2年2月28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