

令和 年 月 日

大阪損害保険代理業協会 共済会 御中
(FAX 06-6341-4108)

支部名 _____

代理店名 _____

氏名 _____ 印
(被保険者)

人間ドック助成金制度申請書

下記のとおり申請いたします。

受診日	令和 年 月 日	
医療機関名		
受診された 人間ドックの 内容	健康保険適用の有無	有 ・ 無
	法定定期健康診断以外に実施した 項目をご記入下さい	(1項目で結構です)
	血液・尿等の単独検査及び 単独ドックの該当の有無	該当する ・ 該当しない
支払い金額	円	
振込先	銀行	支店
	口座の種類	普通 ・ 当座
	口座番号	
	口座名義(カタカナ)	

(注) 健康保険適用の検査、法定定期健康診断、単独検査及び単独ドックは対象になりません

助成金限度額 5,000円 年度内1回のみ
受診日から1年以内に申請要

領収書(コピー)添付欄

--