

被保険者人間ドック助成金申請書

スズキ健康保険組合理事長 殿

所 属
 被 保 険 者 証
 記 号 番 号 -
 被保険者氏名 ⑩*1
 生 年 月 日 年 月 日生(歳)

*1：印は自署であれば不要です。

下記の通り領収書（原紙）、健診結果表（写し）及び質問票を添え、申請します。

受 診 日	年 月 日	支 払 金 額	内 訳 { 特定健診 それ以外	円
*2 適格事業者番号	T			円

*2：適格事業者番号（T から始まる 13 桁数字）の記載された領収書をご提出ください。

助成金は、給与口座へお振込みいたします。

※ スズキ（株）以外（保険証の記号が1以外）の被保険者は、下の「振込先」に被保険者の給与口座をご記入ください。

※ 代理店勤務の方で、一旦代理店が立替えた後に当健保組合に請求する事業所は、記入不要です。

振込先	銀行名	支店名	預金種別	口座番号			
	フリガナ	フリガナ	普通預金				
	金融機関コード	支店コード					

健保記入欄	発議	年 月 日	支給決定額	担当	課長	事務長	常務理事
	決議	年 月 日	円 (5・1・1 円) (5・1・4 円)				

<以下、領収書添付欄>

※ 労働安全衛生法の定期健診と特定健診の必須項目を満たしていない場合、受診済の扱いとなりませんのでご注意ください。

※ 領収証は特定健診部分とそれ以外の内訳を記載していただくよう、健診機関へご依頼ください。

※ 健診結果の活用方法等、個人情報保護に関する内容は、「人間ドック（Aドック）受診のご案内」に記載しておりますのでご確認ください。