

北陸電力健康保険組合

本部常務理事 殿

給付承認欄	常務理事	事務長	担当
給付決定額		円	
受付No.			

令和3年度 人間ドック補助金申請書

年 月 日

被保険者証	記号				番号										※保険証上欄にある記号番号を右つめて記入	
ふりがな																
被保険者氏名																
会社名					所属名											
					連絡先		- - 内線(-)									
受診者氏名				続柄		生年月日		性別	受診日		支払金額					
ふりがな						昭和 年 月 日		男	月 日							
氏名								女	日		円					
ふりがな						昭和 年 月 日		男	月 日							
氏名								女	日		円					

【注意】

- ① 補助金の対象者は、当健保組合の被保険者及び被扶養者で、年度末年齢（令和4年3月31日現在）が「40・45・50・55・60歳」となる方です。
40歳<生年月日：昭和56年4月1日～昭和57年3月31日>
45歳<生年月日：昭和51年4月1日～昭和52年3月31日>
50歳<生年月日：昭和46年4月1日～昭和47年3月31日>
55歳<生年月日：昭和41年4月1日～昭和42年3月31日>
60歳<生年月日：昭和36年4月1日～昭和37年3月31日>
- ② 補助対象となる人間ドックは令和3年度中受診のもので、令和4年4月15日までに健保組合へ提出ください。
- ③ 本欄には、必ず受診者が病院窓口で支払った際の領収書本書を糊付けしてください。

領収書添付欄（のりづけ）

※コピー不可