

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.			

平成29年度 人間ドック補助金申請書

平成 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づめで記入。		
ふりがな				印			
被保険者氏名							
会社名				所属名			
				連絡先	- - トール(-)		
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	円	
氏名				女	日		
ふりがな			昭和 年 月 日	男	月 日	円	
氏名				女	日		

【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（平成30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52年4月1日～昭和53年3月31日＞
 45歳＜生年月日：昭和47年4月1日～昭和48年3月31日＞
 50歳＜生年月日：昭和42年4月1日～昭和43年3月31日＞
 55歳＜生年月日：昭和37年4月1日～昭和38年3月31日＞
 60歳＜生年月日：昭和32年4月1日～昭和33年3月31日＞
- ② 補助対象となる人間ドックは、平成29年度中のもので、平成30年3月28日までに健保組合へ提出された分です。
- 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する。

領収書添付欄

※コピー不可

のりづけ