

- 人間ドックに要した費用の領収書（原本）・結果表(写し)・特定健診受診券を添付してください。
- 2枚目の質問票の記入も必ずお願いします。(未記入の場合、申請受付できません)

* 支出 伺	支給日	平成 年 月 日	理事長		常務理事	
	支給金額	円	事務長		係	

人間ドック補助金支給申請書

保険証記号番号	芸 ー	被保険者名	
受診日	年 月 日	健診機関の名称 (病院名)	
窓口負担金額	円		
<p>上記のとおり人間ドックを受診しましたので補助金の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日 〒 TEL</p> <p style="text-align: right;">住所.....</p> <p style="text-align: right;">組合員 (事業主)</p> <p style="text-align: right;">氏名.....(印)</p> <p style="text-align: center;">京都芸術家国民健康保険組合理事長 様</p>			
振込先	<p style="text-align: center;">銀行 (店番)</p> <p style="text-align: center;">信金 支店</p> <p style="text-align: center;">普・当・貯蓄 フリガナ</p> <p>口座番号..... 口座名義人.....</p>		
委任の欄	<p>この欄は補助金の受領を申請者(組合員)以外の口座に振込む場合に記入してください。</p>	<p>給付金の受領を () に委任します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組合員氏名.....(印)</p>	

申請期限 平成 29 年 3 月 31 日必着

- ※40歳以上の74歳までの芸国被保険者に限り半日人間ドックの費用を20,000円補助します。
- ※今回のドックの他に今年度(4月～翌年3月末日)の間に特定健診など、健診を受けられた方には補助できません。(健診は年度に1度のみ受診できます)
- ※補助できるのは**窓口負担金額が38,000円を超える半日人間ドックのみ**です。
(脳ドック、肺ドック、その他オプション検査の料金は対象外)
- ※2枚目の質問票も必ず記入ください。(未記入の場合、申請受付できません)

