

# 人間ドック補助金支給申請書

令和 年 月 日

名古屋木材健康保険組合理事長 殿

被保険者 ー

住所

氏名 ㊟

記号番号	ー	検診の年月日	令和 年 月 日	受検
事業所名称		検診機関名称		
受検者名		受検者情報	生年月日	昭和 年 月 日
			受検日年齢	平成 年 月 日 歳
			<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者
右記の薬を医師の診断、治療のもとで使用していますか		血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
		コレステロール又は中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
喫煙について		毎日、又は時々吸っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

受取代理人	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 氏名 ㊟ (委任する側) 代理人の 住所 (委任される側) 氏名 ㊟
受領の欄	上記金額を受領いたしました。 令和 年 月 日 受領者氏名 ㊟

申請時は押印不要

※必要添付書類

- ・領収書(原本)
- ・人間ドック結果表のコピー