

- 【注意】
- ・人間ドック補助金は、婦人科健診(乳がん・子宮がん検査)を含みます。別途りぼん健診の申請はできません。
 - ・健康診断の受診は、年度内(4月～翌年3月)に1回のみです。複数回受診した場合は、初回受診以外は全額自己負担となります。
 - ・資格喪失後に受診した場合は補助金の対象外です。

デサント健康保険組合理事長 殿



人間ドック補助金申請書

下記のとおり健康診断を受診しましたので、補助金を申請いたします。

※太枠内をご記入ください。

申請日：令和 年 月 日

保険証	記号	番号	会社名(○で囲んでください。)			
			(株)デサント・デサントジャパン(株) デサントアパレル(株)・任意継続被保険者			
被保険者氏名	Ⓜ (シャチハタ可)		住所	〒 ー		
振込先(被保険者名義の口座に限ります。)						
銀行名	銀行・信用金庫		支店名	支店		預金種別 普通
	銀行コード			支店コード		
口座番号			口座名義	(カタカナで記入)		
受診者氏名	(本人・被扶養者)		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
医療機関名			受診年月日	令和 年 月 日		
健診代総額	円	喫煙状況	○で囲んでください。		あり	なし

チェック内容		チェック欄
1	申請書の空欄に必要事項を記入し、捺印しましたか	
2	添付書類はそろっていますか(すべての書類が届きましたら補助金をお支払いします。) ○ 領収書(原紙) ※申請書の裏面にのりづけしてください。 ○ 健診結果(写) ※任意継続被保険者および被扶養者の方は健診結果(写)は「特定健診」の検査項目(問診含む)のみで結構です。	
3	領収書のあて名は受診者本人の氏名ですか	

提出先	被保険者：管轄の(株)デサント 健康管理室あて (東京) 〒171-8580 東京都豊島区目白1-4-8 (大阪) 〒556-0017 大阪市浪速区湊町1-2-3 マルイ難波ビル13階
	任意継続被保険者・被扶養者：デサント健康保険組合あて 〒556-0017 大阪市浪速区湊町1-2-3 マルイ難波ビル13階

※健保使用欄	補助金	円	会社請求	Ⓜ	結果受取	Ⓜ
--------	-----	---	------	---	------	---