

- 【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。
 - 毎月月末までに健康保険組合に到着し、内容が確認されたものについては、翌月末日(金融機関が休日等の場合は前営業日)に振込みます。

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： 年 月 日

| | | | | | | |
|----------------------|-----------|------|---|------------|----|------|
| 被保険者 | 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 | 住所 | | 〒 | | | — |
| 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 |
| | 銀行コード | | | 支店コード | | 普通 |
| 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 | 年 月 日 (歳) | | |
| 医療機関名 | 受診年月日 | | 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 | 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。) <input type="radio"/> 領収書(原紙) ※申請書の裏面にのりづけしてください。 <input type="radio"/> 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。 | |
| 2 | 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】 (東京) 〒171-8580 東京都豊島区目白1-4-8 管轄の(株)デサント 健康管理室あて (大阪) 〒556-0017 大阪市浪速区湊町1-2-3マルイト難波ビル13階 |
| | 【任意継続被保険者】: デサント健康保険組合あて 【被扶養者】 〒556-0017 大阪市浪速区湊町1-2-3マルイト難波ビル13階 |

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