

【注意】以下の方は補助金の対象外です。

- ・市区町村で実施している婦人科健診を受診した場合
- ・保険診療にて受診した場合
- ・資格喪失後に受診した場合
- ・りぼん健診を人間ドックと同一医療機関、同一日に受診した場合(人間ドックに含む)

デサント健康保険組合理事長 殿

りぼん デサント 健診補助金申請書

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	〒 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
	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		
受診項目	○で囲んでください。 乳腺エコー ・ マンモグラフィ ・ 子宮がん		健診代総額	円 (健診補助額:総額の7割、かつ上限30,000円)		

チェック内容		チェック欄
1	以下の対象者のいずれかに該当していますか ○ 被保険者の方で、提携医療機関以外で乳がん・子宮がん検査を受診した方 ○ 任意継続被保険者の方(全員) ○ 被扶養者の方(全員)	
2	添付書類はそろっていますか ○ 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)の提出は不要です。	
3	領収書のあて名は受診者本人の氏名ですか	
4	領収書には検査項目や内訳金額の記載はありますか	

(注意) 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。

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	㊟
------------	-----	---	----------	---	----------	---

2024.12改定