

- 【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		〒 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	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	㊟
--------	-----	---	------	---	------	---