デサント健康保険組合理事長　殿

セールスコーディネーター生活習慣病健診補助金申請書

下記のとおり申請いたします。

※太枠内をご記入ください。　　申請日：　　年　　月　　日

申請者 （被保険者）	記　号		番　号	
	被保険者 氏　名			
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）		
	被保険者 住　所	〒　　―		
振　込　先 ＊被保険者名義に限ります。		銀行・信用金庫　　支店 （銀行ｺｰﾄﾞ）　　（支店ｺｰﾄﾞ）		
		普通口座番号		
		口座名義（ｶﾀｶﾅ）		

医療機関名			
受診年月日	年　　月　　日		
受診項目 ※○印をつけて下さい。	胃がん（カメラまたはバリウム）・腹部エコー・眼底・前立腺がん（PSA）		
健診費用（総額）	円	喫煙習慣 ※○印をつけて下さい。	あり・なし

○遠方にお住まい等で、提携医療機関で受診できない方が対象です。

○胃ｶﾒﾗと胃ﾊﾞﾘｳﾑはどちらかを選択ください。また、便潜血検査は必須項目ですので、必ず受診ください。

○補助金申請書・領収書（原紙）・健診結果（写）をまとめて管轄の健康管理室へご提出ください。

すべての書類が届きましたら、補助金をお支払いいたします。（領収書の宛名は、個人名でご依頼ください。）

○補助金は、総額から自己負担額を控除した額とします。

※ 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。

検査項目		自己負担額
■定期健康診断（必須）		**なし**
■生活習慣病健診（任意）	①胃がん（カメラまたはバリウム）	**1,000 円（選択制）**
	②腹部エコー	**1,000 円**
	③眼底検査（両眼）	**な し**
	④前立腺がん（PSA）　＊50 歳以上の男性のみ	

（健保記入欄）

個人負担 控除額	▲　　円	補助金	円	会社 請求	㊞	結果 受取	㊞

2023.08 改定