

人間ドック・脳ドック 補助申請書

注意：補助の対象となる受診期間は4月1日より翌年2月末です。
締切は9月20日、12月20日、年度最終3月20日必着です
3月の受診や年度を超えての補助申請はできません。
受診後の再検査・受診勧奨等医師の指示には必ず従ってください。

年 月 日

下記の通り受診による補助の申請をいたします。

記

1. 受診年月日 年 月 日
2. 受診医療機関
3. 受診者名 被保険者証 記号 番号
(フリガナ) (自署の場合は捺印不要)
被保険者名 印
被保険者住所
受診者名
4. 添付書類 *領収書 (原本) *結果表 (コピー)

5. 特定検診データを入力するために必要ですので下記問診票は必ず記入してください

* 下記1~5の質問について該当する箇所に○印でご回答ください

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| 1. 現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか？ | はい ・ いいえ |
| 2. 現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んで
いますか？ | はい ・ いいえ |
| 3. 現在、コレステロールを下げる薬をのんでいますか？ | はい ・ いいえ |
| 4. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ | はい ・ いいえ |

任意継続被保険者およびその被扶養者は加入時に申請のあった口座に振り込みます

それ以外の方は事業所振り込みとなりますので支払方法等については事業所担当者にお尋ねください

取得しました個人情報保健事業のみに使用しそれ以外の目的で使用したり第三者に
提供したりすることは一切ありませんのでご了解ください。

レイズネクスト健康保険組合

支給決定欄	常務理事	係	本人負担額	円
			健保補助額	円