

## 契約施設外人間ドック受診申込書

IHG・ANAホテルズ健康保険組合 御中

令和 年 月 日

事業所 名称							
被 保 険 者	氏 名				生年 月日	昭和 平成 年 月 日( 歳)	
	記 号	番 号			資格取得 年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
受 診 施 設	名 称					受 診 予定日	令和 年 月 日
	内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック(0099) <<婦人科検診(該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> )>> <input type="checkbox"/> 乳がん超音波 <input type="checkbox"/> 乳がんマンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮がん(頸部細胞診)				受 診 予定額	(税込) 円

※補助金対象は、人間ドック契約施設の健診項目に準じます。

※乳がん超音波・マンモグラフィ 両方受診の場合はいずれかが補助対象となります。

※胃レントゲンから胃内視鏡への変更差額や追加オプション等がある場合は、自己負担となります。

IHG・ANAホテルズ健康保険組合の人間ドック利用規定を遵守し、上記のとおり人間ドックを受診しますので、利用料補助金交付の承認をお願いいたします。

受 診 状 況	初 回	前回受診	平成・令和	年	月	日 ( )
------------	-----	------	-------	---	---	-------

健 保 組 合			

事 業 所			

上についてはこれを認め、補助金交付申請書を送付する。

受付日付印

令和 年 月 日 承認

承 認 番 号
D外 —

※受診内容がわかる書類(見積書・HPの料金表など)  
要添付

## 契約施設外人間ドック受診料補助金交付申請書

IHG・ANAホテルズ健康保険組合 御中

令和 年 月 日

事業所 名称							
被 保 険 者	氏 名				生年 月日	昭和 平成 年 月 日( 歳)	
	記 号	番 号			資格取得 年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
受 診 施 設	名 称				受診日	令和 年 月 日	
	内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック(0099) ≪婦人科検診(該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> )≫ <input type="checkbox"/> 乳がん超音波 <input type="checkbox"/> 乳がんマンモグラフィ <input type="checkbox"/> 子宮がん(頸部細胞診)			受診料 総額	(税込) 円	

下記のとおり人間ドックを受診しましたので、受診料補助金交付の申請をいたします。

【健保記入】

受診 年月日	令和 年 月 日	交付申請 対象額	(税込) 円
-----------	-------------	-------------	-----------

健 保 組 合			

事 業 所			

上の申請については、以下のとおり決定、交付する。

交付申請対象額.....円

被保険者一部負担金.....円

健保組合交付決定額.....円

交付年月日 令和 年 月 日

承 認 番 号
D外 —

※領収書(原本)・受診結果表(コピー可)  
 特定健診質問票(コピー可)(年度末年齢40歳以上の方) 要添付

受付日付印

出納日付印