

脳検診(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	脳検診(ドック)				受診 予定額	(税込) 円

IHG・ANA ホテルズ健康保険組合の脳検診(ドック)補助金交付取扱いに基づき、上記のとおり受診しますので、受診料補助金交付の承認をお願いいたします。

【総記入】

受診 状況	初回	前回受診	平成・令和	年	月	日 ()
----------	----	------	-------	---	---	-------

<留意事項>

- 50歳以上で5年に1回の受診頻度とする(例えば51歳で受診した場合、次回は56歳となる)
- 被保険者の受診資格は、当健保組合員資格を取得してから6か月以上の被保険者とする。
- 補助金額は、検診(ドック)に要した費用の半額とする。ただし、その額が20,000円を超えたときは、20,000円を限度とする。

健 保 組 合			

事 業 所			

上記についてはこれを認め、補助金交付申請書を送付する。

令和 年 月 日 承認

受付日付印

承認番号
N —

※受診内容がわかる書類
(見積書・HP料金表など)を添付

脳検診(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	脳検診(ドック)			受診額 総額	(税込) 円	

脳検診(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			

上記の申請については、以下のとおり決定し交付する。

交付申請対象額.....円

受付日付印

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

出納日付印

承認番号
N —

※領収書(原本) 添付要