

常務理事	事務長	担当者

下記の金額支出してよろしいか。					
起案年月日	令和 年 月 日	支給額	_____円		
決裁年月日	令和 年 月 日				
款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費

## 人 間 ド ッ ク 申 請 書

ナブテスコグループ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

事業所名					記号・番号	
所属部課					社員コード	
被保険者氏名						印
受診者	氏名		続柄		生年月日	
	住所	〒 _____				TEL ( _____ ) _____
受診日	令和 年 月 日 ~ 年 月 日					検診料 _____ 円
検診施設名						
検診費用の支払方法	被保険者（受診者）が費用を支払い、補助金を健保組合へ申請。 (申請額 _____ 円)					

◎ 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

◎ 領収書は貼付台紙に貼付し申請書と一緒に提出ください。

—受付日付印—

# 人間ドック補助金 領収書貼付台紙

保険証の記号 - 番号	被保険者氏名	受診者氏名
-		

## こちらに領収書を貼付

- ▶ はがれないようにのり付けをお願いします。  
(ホチキス・セロハンテープ不可)
- ▶ 台紙が1枚で足りない場合は、この台紙をコピーして使用いただくか A4 白紙に貼付してご提出ください。(両面の貼付不可)