

一般健診機関ドック利用補助金申請書（契約外）

今般、契約外健診機関の人間ドック（日帰り）を受診致しましたので、健診費用の補助金を申請致します。

申請日 年 月 日
承認証の承認No.

1. 申請者及び受診者

被保険者	記 号				番 号				氏 名			
									⑩			
	事業所名								所属			
	現住所		〒									
	連絡先		内線・外線と e-mail									

受診者		生年月日	昭和 平成	年	月	日	(歳)
健診機関名 (病院名等)		受診年月日		年	月	日	

2. 健診費用

人間ドック（日帰り）支払額（特殊健診及びオプション健診を除く）	円
---------------------------------	---

3. 提出資料（当申請書に下記資料を添付願います）

- ①上記の領収証のコピー（特殊健診及びオプション健診を除く）
ドック健診結果一覧表の控え
 - ③ドック健診項目のパンフレット、料金表
- 追記：健康保険組合では、健診結果データは健診事業以外の目的で利用することはありません。

4. 振込先

銀行名	支店名	預金種別	店番号	口座番号	被保険者口座名（カタカナで記入）
		1. 普通 2. 当座			

5. 手続き

- ①申請先 沖電気工業健康保険組合 人間ドック担当者行き
〒108-8551 東京都港区芝浦4-11-15 OKIビジネスセンター4号館
TEL：03-5443-5437（外線）
支払日については、毎月20日を補助金申請の締切日として、月末払いとします。

<健保使用欄>

支給決定伺

補助金決定額	円
--------	---

常務理事	事務長	課長	担当