

キッコーマン健康保険組合御中

人間ドック利用補助申請書
(7割補助用)

会社名	キッコーマン株式会社
所 属	人事部
保険証の 記号・番号	保険証の記号・番号を記入ください
氏 名	野田 一郎 印

下記のとおり利用しましたので、補助金の申請をいたします。
なお、補助金の受領は事業主経由で行なうこと（事業主への受領委任）に同意します。（任継保険者は除く）
また、特定健診結果について、受診医療機関から健保組合へデータ提供されることに同意します。

記

1. 医療機関名 〇〇健診クリニック
2. 実施日 令和2年 4月 10日 ~ 4月 10日 日帰り
3. 対象者 及び 補助額計算

氏 名	性別 続柄	生年月日 (年齢)	料 金 (領収証の金額)		A (円未満切捨)	補助額
(フリガナ) ノダ イチロウ	<input checked="" type="radio"/> 男・女	<input checked="" type="radio"/> 昭和・平成	75,000	×70%=	52,500	50,000
野田 一郎	本人	53年 10月 1日 (41 歳)				

※補助額は下記①または②の金額をご記入ください

補助額 →	①	A	が、50,000円以上なら	50,000円
	②	A	が、50,000円未満なら	A

※提出書類全てが揃ったら健保組合へ申請して下さい
※成人病検診実施調査のため実施項目番号をご記入下さい。

健 診 医療機関	申請者チェック欄 ○を付けて下さい				成人病検査 実施項目に○を付けて下さい
	申請書(7割)	領収書	結果表写表紙含み	特定健診質問表 (40歳以上の方)	
キッコーマン 病院	—	—	/	/	① 胃がん ② 大腸がん ③ 肺がん ④ 子宮頸がん ⑤ 乳がん
その他の 医療機関	○	○	○	○	

※人間ドック健診機関により提出書類が異なります。

※1 領収証本書は申請書の裏側に、領収証の表面が申請書と同じ向きになるよう貼付して下さい。