

※健保記入欄

決裁金額	円	課長	担当者
決裁日			

管理番号

※健保記入欄

【契約外健診機関用】
人間ドック照会申請書/補助金請求書

太枠内をご記入ください

健保回答欄（照会結果）

健保組合受付印

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

補助金対象
補助金対象外

健保組合受付印

小田急グループ健康保険組合理事長 殿

以下の通り、契約外人間ドックを受診いたしたく、健診機関が補助金対象となるか照会を申請します。

被保険者	記号	番号	会社名	
	氏名		所属部署	
受診者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		年度末 (3/31) 年齢	歳
	住所等	〒 (電話番号)		

契約外健診機関詳細	健診機関名	電話番号	
	所在地		
	受診コース名	金額 (税込) (オプションを除く)	円

【補助金請求】 人間ドック受診後提出

※添付書類：領収書（原本）、健診結果表全て（コピー）、質問票

上記の契約外健診機関において、申請した人間ドックを受診しましたので補助金を請求します。

受診日	年	月	日
-----	---	---	---

請求者名	印
------	---

請求日	年	月	日
-----	---	---	---

必ず裏面もご記入ください。

【2022年3月改訂】

振込先金融機関

振込先 金融機関	名称		銀行		支店
	口座種類	1.普通 2.当座	口座番号		
	フリガナ	姓			名
	口座 名義人				