|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 常務理事 | 事務長 | 係 |  |
|  |  |  |

ここから上は記入しないでください。

支給決定金額　　　　　　　円

　　　年　　　月　　　日

各内訳についての必要な添付文書はＨＰ「健康診断・人間ドック」内をご確認ください。

保健事業利用補助金請求書

内　訳：・人間ドック利用 ・４５歳時人間ドック利用

・再検査・精密検査 ・はつらつ健診に準ずるフォロー健診

（未受診者健診）

※上記どれか１つに○

立　替： ・個　人 ・会　社 ※どちらかに○

会社が立て替えている場合

※フォロー健診の場合、会社負担分（7,500円+税）を差し引きますので、「会社」立替の処理でお願いします。

被保険者が立て替えている場合

※添付の領収書は必ず原本のこと。

レンゴー（株）の場合、

支給は給与での支払いとなります。

会 社 名（工場名）

被保険者証記号番号 　 －

被 保 険 者 氏 名

全て記入してください。

利 用 者 氏 名

生 年 月 日 ＳＨ　　 　年 　月 　日生

続 柄

利 用 年 月 日 令　和 年 月 日

利 用 施 設 名

人間ドックの場合、補助上限額をご確認ください。

フォロー健診の場合、会社負担分（7,500円+税）を差し引いてください。

上記により金　　　　　　　　　円を請求します。

レ ン ゴ ー 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿

住　所

会社立替で請求書が複数名分まとまっている場合、まとめて請求可能です。その場合、代表者１名の記入・押印をお願いします。

「保健事業補助金請求明細」も記入・添付願います。

被保険者

氏　名

事業所名称

事業主氏名