在單	退職		→ lた方	事業	(務先)(総務・	の健保 人事: ——	以業務担 等〕 ———	当部門		→	健保組合] → -	事	業所	へ振i	<u> </u> -	→	本人口座振	<u>-</u>
	支	支	給:	決 定 年	年月月	日日	支	給	決	定	額	常務理	事	事	務	長	担	当	者	
	給	決	裁	年	月	日														
	ניו			年	月	日					円									

人間ドック補助金請求書

記	급 号		•	番	-	号			_		被	被保険者氏名					
事業		所	名	7	称												
実	施	医	療	機	関	名											
同		所		在	ţ	也											
受	診	者	の	氏	名	年	龄	続	柄	実	施	年	月	日	健診に	要し	た費用
										年	月	日			円		
												年	月	日			円
上記のとおり人間ドック補助金の交付を請求します。																	
また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。																	
アルバック健康保険組合 理事長 殿 年 月 日																	
						被	保険都	首 信	主所								
								E	氏名								

【検診結果の取扱いについて】

検診結果は、ご本人に通知されると共に、アルバック健康保険組合による検診後の保健指導、受診 勧奨、保健事業の効果検証(厚労省への報告等)等のため、検診機関から当健康保険組合にも提出 され、個人情報として取り扱われる場合があります。

個人情報保護方針については、アルバック健保ホームページ「個人情報保護方針」を参照下さい。

【注意事項】必ずご一読ください。

- ・領収書の原本、検査結果報告書(写し)を添付して下さい。検査結果報告書に 特定健診質問票の回答の記載がない場合は、次ページの特定健診質問票に回答 の上、添付をお願いします。
- ・気になる方は、検査結果報告書を封筒に封入・封かんしてご提出ください。
- ・健診結果報告書を添付されることに同意した方が補助金を受けることができます。
- ・補助金対象は、日本国内で受けた健診に限ります。
- ・人間ドックと PET/CT 検査の補助金は、同年度に受けることはできません。
- ・人間ドックの補助金を受けるには、必須検査項目があり、脳ドック、胸腹部 CT ドック等の単独ドックは補助金の対象外です。必須検査項目、その他詳細については当健康保険組合のホームページをご確認ください。

受付日付印