

在職中の方 → 事業所（勤務先）の健保業務担当部門〔総務・人事等〕 → 健保組合 → 事業所へ振込 → 本人の口座へ振込
 退職された方（任意継続） → 健保組合 → 事業所へ振込 → 本人の口座へ振込

支 給 伺	支 給 決 定 年 月 日	支 給 決 定 額	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者
	年 月 日	円			
	決 裁 年 月 日				
	年 月 日				

保 険 証 記 号 ・ 番 号	〇〇〇〇-〇〇〇〇	被保険者氏名	〇〇 〇〇〇
事 業 所 名 称	〇〇〇〇〇〇〇〇		
実 施 医 療 機 関 名	〇〇〇〇病院		
同 所 在 地	〇〇〇市〇〇町 1-1-1		
受 診 者 の 氏 名	年 齢	続 柄	実 施 年 月 日
〇〇 〇〇〇	45歳	本人	〇〇年〇〇月〇〇日
			健診に要した費用
			〇〇〇〇〇円
			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

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者 住 所 〇〇〇市〇〇〇町 5-1-1

氏 名 〇〇 〇〇〇

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。

- ・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。

受付日付印

保険証記号番号 () - () 氏名

2024.4月改
アルバック健康保険組合