常務理事	事務長	課　長	係　長	係　員

人間ドック補助金支給申請書

<table>
<tr><td colspan="2">事 業 所 名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受　診
された方</td><td>記 号</td><td></td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>番 号</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="3">昭・平　　年　　月　　日（満　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">受診医療機関住所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受診医療機関名</td><td colspan="4"></td><td colspan="2">TEL.(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="2">ド ッ ク 種 類</td><td colspan="2">人間ドック</td><td colspan="2">脳ドック</td><td colspan="2">生活習慣病健診</td><td>簡易脳ドック</td></tr>
<tr><td colspan="2">健 診 受 診 日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td><td>受診費用</td><td colspan="2">円</td></tr>
</table>

上記のとおり、受診いたしましたので、必要書類を添えて補助金　　円 を請求いたします。
なお、当申請以外で健診費用補助は受けておりません。

年　　月　　日

神奈川運輸業健康保険組合　理事長 殿

被保険者氏名　　㊞

上記補助金の受領を私の事業主に委任いたします。

年　　月　　日

事業所住所
事 業 所 名
事 業 主 名　　㊞

被保険者氏名　　㊞

（※）この申請書及び必要書類に記載されている個人情報は保健事業のための目的以外には使用いたしません