

申請：事業所担当部門へ提出 → 大同健保

支払：事業所経由でお支払します（任意継続被保険者は資格取得時にご記入の口座へお支払します）

骨密度 補助申請書

| | | | | | | |
|------|-----|------|----|------|-------------------|-----|
| 保険証 | 記号 | | 番号 | | 被保険者氏名 | |
| 勤務先名 | | | | | | |
| 部署名 | | | | 連絡先 | 平日9～17時に連絡がとれる連絡先 | |
| 検査 | 受診日 | 医療機関 | | 検査費用 | 他補助額 | 申請額 |
| 骨密度 | | | | | | |

対象：40歳以上の男性被保険者・女性被保険者 上限1,000円補助/年

「従業員婦人科検診」「すまいるケンポ健診」のオプション検査で受診した方は申請対象外です

領収証（コピー可）貼付け

領収証には、受診検査名、検査金額が明記されていることを確認ください。

骨密度のみの申請時は、検査結果は添付不要です。

大同特殊鋼健康保険組合

| | | | |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 統括 | 担当 |
| | | | |

（健保記入）

補助額： 円

支払日： 年 月 日