

(該当する欄にご記入いただき、お1人様1枚でご提出ください)

人間ドック等 補助申請書

領収証(原本)と検査結果(全てのページをコピーしてください)を添付して申請してください。

保険証	記号	番号	氏名	
受診日	年	月	日	検査費用 円
医療機関名			日中連絡のとれる 電話番号	

■被保険者(本人) 申請: 事業所担当部門へ提出 → 大同健保 支払: 事業所経由

勤務先名			
部署名		※検査No. 検査項目	該当する番号を記載ください

■任意継続被保険者・被扶養者(家族)

申請: 大同健保へ送付してください 支払: 指定口座振込

※検査No. 検査項目	該当する番号を記載ください ※被扶養者は①のみ		勤務先名	大同健保加入事業所勤務者の方のみ記入ください	
振込口座	金融機関		本支店名	ゆうちょ銀行(支店番号)	
	口座種別 口座番号	1 普通 2 当座	名義人名		
連絡可能な メールアドレス					

注) 保険適用の検査は対象外です。

(被保険者・大同健保加入事業所勤務の任意継続被保険者の方)

会社で実施する定期健診の対象者・人間ドックの結果を会社に提出する方は**対象外**となります。

事業所経由で申請される方は、検査結果を健保に直接送付又は封入・封緘して添付していただいても構いません。

(任意継続被保険者・被扶養者の方)

年度(4月～翌3月)内に、大同健保からの案内「すまいるケンポ健診」を受診した方は**対象外**となります。

人間ドックの補助申請と「すまいるケンポ健診」を受診した場合は、人間ドックの補助金を返金していただきます。

※検査項目 (上記検査No.に該当番号を記載してください)

①人間ドック ②胃部内視鏡 ③大腸内視鏡 ④胸部ヘリカルCT ⑤肺ドック ⑥脳ドック

大同特殊鋼健康保険組合

常務理事	事務長	統括	担当

補助額: 円

支払日: 年 月 日