

支給年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	事務次長	担当
決裁年月日	令和 年 月 日				

帝国ホテル健康保険組合 御中

## 人間ドック 胃部内視鏡検査 補助金申請書

## 【申請者】

保険証記号・番号	-
受診者氏名	

下記の内容で胃部内視鏡検査を受診しましたので、補助金申請を致します。

## 記

受診年月日	令和 年 月 日
受診医療機関名	

## 受診項目及び費用

胃部内視鏡	円
-------	---

申請金額	円
------	---

※当健康保険組合では、当健保指定医療機関で人間ドックを受診される方で、胃部検診を胃部内視鏡検査へ変更された場合、上限5,000円まで補助を致します。上限に満たない場合は、その実費を補助致します。なお、当健保指定医療機関以外で人間ドックを受診された場合や胃部内視鏡検査のみ受診された場合の受診費用は補助の対象外となります。

※この申請書を提出するときは、以下の内容が記載されている医療機関発行の領収書（原本）を添付して下さい。補助金はご本人の個人宛の銀行口座に振り込みを致します。（銀行口座を指定）

① 人間ドックを受診した人の氏名 ② 人間ドックを受診した日付

③ 胃部内視鏡検査費用

## 【振込口座】

銀行	支店
支店番号:	口座番号:
名義(カタカナ):	( )

\*口座確認のため、ご記入いただいた振込口座の通帳またはキャッシュカードのコピーを添付して下さい。（口座番号などが確認できるネット画面でも可）