

申請日 年 月 日

健康診断に伴う保障

下記 事由発生証明内容により、給付請求いたします。

組合員氏名	地区	組合員コード							

領 収 書 貼 付 箇 所	事由事項	
	検診日	年 月 日 ( )
	検診時支払金額	円
	補助金額	500 円 (*500 円以下の場合は実費補助)

- 成人検診・ガン検診・人間ドックを対象にする。
- 無料のものは対象外とする。
- 健康診断の受診券と医療機関の領収書のコピーを添付。(領収書がない場合は検査報告のコピーでもよい。)
- 組合員または、配偶者対象とし1年度1世帯1回に限る。

◎ 給付金は、審査後、消費材利用代金より相殺します。

事務局記入欄

受付日	年 月 日	担当者
審査要不要	必要	不必要