

## 脳ドック受診費補助申請書

宛) サンスター健康保険組合

申請日 R7年2月26日

|        |          |
|--------|----------|
| 社員番号   | 12345    |
| 会社名    | サンスター(株) |
| 所属部署   | マーケティング部 |
| 会社のメール | ・有り ・無し  |
| 被保険者氏名 | 健保 太郎    |
| 受診者氏名  | 健保 太郎    |

(※健保記入欄)

健保支払額 円

★申請日・社員番号・会社名・所属部署・被保険者名・被扶養者名を記入してください。  
★領収証はクリップ留めをお願いします。

※任意継続被保険者の方は給与口座で支給できませんので振込先をご記入ください。

| 振込先 |    | 口座番号  |  | 名義人(カタカナ) |
|-----|----|-------|--|-----------|
| 銀行  | 支店 | 普通・当座 |  |           |

※脳ドック補助 対象者: 40歳以上の被保険者及び被扶養者  
健保補助額: 上限10,000円  
補助実施期間: 通年(年1回)

健保確認印

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