

原則として、受診予定日の1週間前までにご提出ください。

慶應義塾健康保険組合 人間ドック補助金適用申請書

- ◆東京都予防医学協会での人間ドック受診にあたり、慶應義塾健康保険組合の人間ドック補助金の適用を申請いたします。
- ◆今年度は、人間ドックと重複して慶應義塾健康保険組合が実施する健診(上腹部消化管・超音波検診、女性検診、特例退職被保険者健診、配偶者健診等)は受診いたしません。
- ◆人間ドックの検査結果を東京都予防医学協会が慶應義塾健康保険組合および慶應義塾大学保健管理センター(在職の被保険者のみ)へ送付することを承諾いたします。

		申請日	年	月	日
被保険者区分	1.在職者 2.特例退職者	被保険者証 記号・番号	記号	番号	
被保険者氏名					

人間ドック受診者	氏名					
	被保険者との続柄		性別			
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒 -				
	電話番号	- -				
	e-mailアドレス	@				

※補助金の適用対象者は受診時において慶應健保へ加入する、40歳以上(受診年度末現在)の被保険者および被扶養配偶者です。

受診ドック・検査 (該当に○をつけて ください)	A. 標準ドック	補助金額		
	上部消化管内視鏡	20,000円		
	上部消化管X線	20,000円		
	B. レディースドック	10,000円		
受診予定日	年	月	日	(曜日)

【健保記入欄】補助金合計				健保受付印	窓口受付印
	常務理事	事務長	担当者		
円					