

イマジカ健康保険組合 御中

⑩ 事後申請（受診後に申請して下さい。）

常務理事	事務長	係

短期人間ドック利用補助交付申請書（任意受診用）

申請日：令和 年 月 日

記号・番号	—	被保険者氏名	フリガナ ⑩
事業所名 ・ 所属部署	TEL： — —		

※続柄・性別は、該当箇所には○をつけて下さい。

受診者氏名	フリガナ	続柄	本人 家族	性別	1. 男 2. 女
住所 連絡先	〒 — TEL： — — （自宅・携帯）				
生年月日	昭和 年 月 日（ 歳）	受診日	令和 年 月 日（ ）		
振込先 金融機関	銀行 信用金庫				支店 出張所
	銀行コード		支店コード		
口座名義	フリガナ	口座番号			
口座種別	普通 ・ 当座				

■ 注意事項

- * 太枠内を必ずご記入ください。
- * 利用料金の ①領収書の原本、② 検査結果の写し を必ず添付してください。
- * 受診者をご家族の場合でも、補助金のお振込先は被保険者本人の口座に限ります。
被保険者本人名義の口座を記入して下さい。

■ 申込書提出先・問い合わせ先
〒141-0022
東京都品川区東五反田 2-14-1
イマジカ健康保険組合
TEL：03-3280-7575
FAX：03-3280-7574



組合処理欄	
受付日	年 月 日
支給決定日	年 月 日
種 別	短期人間ドック利用補助
支払決定額	¥
備 考	