

【様式1】

令和 年 月 日

健康診断等費用助成申請実施報告書

健康診断等費用助成を希望いたしますので、下記のとおり申請、報告いたします。

※①から⑨の項目全てに記入ください。

①会員氏名：	②会員番号（4桁）：
③検診日： 令和 年 月 日 令和 年 月 日	
④検診料（税込）：	円
⑤助成額（上限10,000円）：	円
⑥決定通知の送付方法（選択した方法のFAX番号またはメールアドレスを記入ください。） <input type="checkbox"/> FAX（ ） <input type="checkbox"/> メール（ ）	
⑦振込先口座（事務処理の都合上、ゆうちょ銀行以外の口座は受け付けられません。） ゆうちょ銀行 記号： 番号： 口座名義（カナ）：	
⑧確認事項（チェックを入れてください。） ・ 検診等は健康保険や後期高齢者医療保険等の適用がない、所得税の医療費控除の対象として確定申告しないものですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・ 令和6年4月1日から令和7年2月28日までの受診ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑨添付書類（チェックを入れてください。） <input type="checkbox"/> 検診料支払いの領収証（原本） ※領収証で、受診者、検診を受診したこと、受信年月日及び支払金額が確認できないときは、その旨が分かる書類を追加添付ください。（写しで可。） —— 領収証還付希望で郵送での報告の場合 —— <input type="checkbox"/> 領収証原本還付用の返信用封筒（110円切手を貼ってください。） ※返信で書留等を希望の場合は、その旨明示し、所定料金の切手を貼ってください。 ※返信用封筒の無い場合（切手貼付がないときを含む。）は、領収証の還付をいたしません。（還付しない領収証は、金額確認後裁断破棄いたします。）	

送付先：〒231-0023

神奈川県横浜市中区山下町2番地
産業貿易センタービル7階