

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
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 支店 信用金庫 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

〒140-0002
東京都品川区東品川 3-13-6
IMAGICA Lab. 品川プロダクションセンター Rビル2階
イマジカ健康保険組合
TEL：03-5479-2220
FAX：03-5479-2221

受付印

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	