

健康管理のための補助金制度 申請書送付依頼票

送付先： あんしん財団 お客様サービス事業部

F A X : 0 3 - 5 3 6 2 - 2 0 6 6 (24 時間受付)

※ F A X 番号をお間違えの無いようご注意ください。

**当依頼票では申請は完了しません。
後日お送りする「補助金申請書」にてお手続きください。**

| | | | |
|--|--|------|-------------------------|
| 健診種別 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> 人間ドック ・ <input type="checkbox"/> 定期健康診断 ※人間ドック・定期健康診断両方ご申請がある場合は、 お手数ですが、2枚お送りください。 | | |
| 会員番号 | | | 事業所名 |
| ご担当者名 | | | 日中のご連絡先 電話番号 |
| 申請書送付 について | 原則、会員登録住所（広報誌発送先）へお送りします。 送付先変更の場合はお電話にてご連絡ください。 | | |
| 申請者（受診者名）をご記入ください 受診日の翌日から起算して180日以内にあんしん財団が受付した申請が補助対象となります。 お急ぎの方はお電話くださいますようお願いいたします。 また、申請書が1週間以上届かない場合は、下記までご連絡をお願いいたします。 | | | |
| | 被保険者 番号 | 受診者名 | 受診日 |
| 1 | | | 西暦 年 月 日 |
| 2 | | | 西暦 年 月 日 |
| 3 | | | 西暦 年 月 日 |
| 4 | | | 西暦 年 月 日 |
| 5 | | | 西暦 年 月 日 |

※ご記入いただいた個人情報福祉厚生補助金制度における受付・審査等に利用いたします。

**5名以上のご申請は、受診者一覧（受診者名記載ありの請求明細・
申込書など）を一緒にお送りください。**

| | |
|------------|---|
| 送付枚数（本紙含む） | |
| 計 | 枚 |

■お問合わせ先：
 お客様サービス事業部
 0120-512-511 お手続き番号 (人間ドック・定期健康診断)
 受付時間：9：00～17：30（土・日・祝日および年末年始除く）