

会員の健診補助・カウンセリング補助申請書

京都民医連共済会連絡会 御中

申請日

____年 ____月 ____日

班 名	班			
事 業 所				
保 険 番 号				
会 員 名				

健診・カウンセリング ← どちらかに、○印を付けて下さい。

____年 ____月受診
円

<注> ※対象は職員健診と別に受診した特別健診及びカウンセリングです。

【特別健診】 上限は 3,000 円です。

- ・市町村実施の健診料も有効です。
- ・領収書(健診内容・検査項目の分かるもの)を必ず添付し、裏面に“のり”で貼って下さい。

【カウンセリング】 上限は 5,000 円です。

- ・領収書(内容の分かるもの)を必ず添付し、裏面に“のり”で貼って下さい。

疾病の予防とともに早期発見に努めましょう。