

同年月日		平成 年 月 日							常務理事	事務長	係
※健保組合使用欄	支給決定額										
	支給額内訳		種別		補助限度額						
			定期健診		15,000円						
			生活習慣病		19,300円						
			ドック(日帰り)		40,000円						
			脳検査		20,000円						
			乳がん検査		6,000円						
胃健診		12,000円									

健診費用補助金請求書

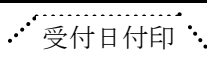
受診者氏名	続柄()		被保険者証 記号・番号	—	
実施年月日			部 署 名 (家族の時は記入不要)		
補助金種別 及び 実施人員	①. 定期健診	名	②. 人間ドック	名	
	③. 生活習慣病健診	名	④. 脳検査	名	
	⑤. 乳がん検査	名	⑥. 胃健診	名	
備 考					

(添付書類)

- 請求の際は、次の書類を添付して下さい。
 - ・領収書原本
 - ・結果票(写).....①～③の健診の場合のみ添付
 - ・特定健診問診表(40歳以上の方のみ)・・・同上

(注意事項)

- 二次検査費用は保険診療扱い(3割自己負担)となりますので、請求できません。
- 子宮頸部細胞診とHPVの併用検査は、契約施設での受診が原則のため、補助金請求はできません。
- かかった費用から一部負担金を控除して補助します。
- 補助金は、原則被保険者名義の口座に振り込みますが、家族名義の口座を希望する場合は、「委任状」欄に記入して下さい。

振 込 先	会社名 (任意継続被保険者は、「任意継続被保険者」と記入)
銀行 支店	請求者名 (被保険者名) ㊞
口座番号 普・当 No. 口座名義	
委 任 状	<div style="text-align: center;">  受付日付印 </div>
私は を代理人と定め、 健診費用補助金の受領を委任します。	
請求者氏名 ㊞ 受領代理人氏名	