

同年月日		令和 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											

## 健診費用補助金請求書

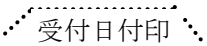
受診者氏名	続柄( )				被保険者証 記号・番号	—	
受診年月日					部 署 名 (家族の時は記入不要)		
補助金種別 及び 実施人員	①. 法定健診C	名		②. 人間ドック	名		
	③. 子宮頸部細胞診	名		④. マンモグラフィ	名		
	⑤. 乳房エコー	名		⑥. 胃部内視鏡	名		
	⑦. 胃部X線	名		⑧. 腹部エコー	名		
	⑨. 眼底検査	名		⑩. 脳検査	名		
備 考							

**(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と②の場合は必須。それ以外のオプション検査は結果表が入手できた場合のみ添付
  - 特定健診問診表...①と②の場合は必須

**(注意事項)**

- 項目ごとに補助上限額が決まっており、上限額を超える場合は自己負担となります。**
- 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。
- 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) ㊞	<div style="text-align: center;">   受付日付印         </div>
口座番号 普・当 No.	口座名義		
委 任 状			
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			