

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	補助金限度額	種別	一部負担金	補助限度額					
			定期健診	1,000円	15,000円					
			生活習慣病	3,000円	19,300円					
			ドック(日帰り)	5,000円	40,000円					
			ドック(入院)	15,000円	50,000円					
			脳検査	2万円超過額	20,000円					
			乳がん検査	1,000円	6,000円					
胃健診	1,000円	12,000円								

健診費用補助金請求書

受診者氏名	山田 花子 続柄(妻)	被保険者証 記号・番号	10 - 1234	
実施年月日	平成26年8月10日	部署名 (家族の時は記入不要)	家族の場合は記入不要	
補助金種別 及び 実施人員	定期健診	名	人間ドック	1 名
	生活習慣病健診	名	脳検査	名
	乳がん検査	1 名	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。
①領収書原本 ②結果票(写) ③特定健診問診表(40歳以上の方のみ)

(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 グラクソ・スミスクライン(株) (任意継続被保険者は、「任意継続被保険者」と記入)
みずほ 銀行 銀座 支店 口座番号 普・当 No. 1234567 口座名義 ヤマダ タロウ	請求者名 山田 太郎 印 (被保険者名)
委任状	受付日付印
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 印 受領代理人氏名	空欄の場合は、経費口座となります。