

生活習慣病予防健診 申込書 (償還払い用)

受診資格は、30歳以上の被保険者であること。

健診費用補助金の限度額は、16,500円(税込み)、これを超えた額は受診料として自己負担となります。

注意1: 同年度内にドックとの重複受診の補助はできません。

注意2: 健康診断は治療ではありませんので、保険証を使って行なうことはできません。使用した検査は医療保険の対象となり、健診補助はいたしませんのでご了承ください。

予約が取れたら、①の部分を記入して健康保険組合へ提出下さい。受付印を押して一旦申出書をお返しします。

| | | | | | |
|-----------------|--------------------------------|-----|-------------------|-----------------|------|
| 健診機関 | △△△△クリニック | | 受診予定 | 令和 2 年 5 月 13 日 | |
| 健康保険証記号番号 | | | 記号 | 〇〇 | 番号 |
| | | | | | 〇〇〇〇 |
| 受診者名(フリガナ) | | 年齢 | 性別 | 生年月日 | |
| ケンポ 花子 健保 花子 | | 44歳 | 男 女 | 昭平 50年2月10日生 | |
| 住所(自宅) | 〒 279 - 0013 千葉県浦安市日の出〇-〇-〇 | | Tel. 047-304-xxxx | | |
| 組合受付印 | | | 令和 2 年 4 月 1 日 | | |
| 事業所名(または所属部署) | | | (株)リーガル〇〇 | | |
| 被保険者氏名 | | | 健保 太郎 (健保) | | |

①

NO. _____

健診費用支給申請書

上記申し出のとおり、受診を致しましたので領収書及び健診結果を添付し、下記の補助金の支給申請を致します。

健診後、健診結果が届いたら、②の部分を記入し、健診結果のコピーと領収書の原本を添付して健康保険組合へ提出下さい。

申請額 申請金額を記入 円
(注: 申請額の上限額は、16,500円です)

※補助金は、原則として指定の被保険者口座へのお振込とさせていただきます。

| | | | |
|--------|---------|------------|---------|
| 金融機関名: | xx銀行 | 支店名: | △△支店 |
| 普通 | 1234567 | 口座名 (カタカナ) | ケンポ タロウ |

②

令和 2 年 5 月 29 日
被保険者氏名 健保 太郎 (健保)