

人間ドック・胃内視鏡・乳がん検診・
子宮がん検診・一般健診・特定健診

各種補助金請求書

- 受診期間：令和6年(2024年)4月1日～令和7年(2025年)2月28日
- 請求期限：令和7年(2025年)3月31日まで(健保受付必須)

| | | | |
|----------|----------|-------|------------------------|
| 被保険者証情報 | 記号 | 番号 | 社員番号 |
| 被保険者氏名 | | | 所属部署 |
| フリガナ | | | 連絡先 ☎ () |
| 健診受診者氏名 | | | 被保険者との続柄 本人・配偶者・その他() |
| 受診者の生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | 受診時年齢 歳 |

| 項目 | 受診日 | 健診機関名 | 支払額(税込) | 健保記入欄 |
|---|----------|-------|---------|-------|
| ①人間ドック ※受診した胃の検査に ○を付けて下さい。 胃バリウム・胃カメラ・未受診 | 令和 年 月 日 | | 円 | 円 |
| ②乳がん検診 | 令和 年 月 日 | | 円 | 円 |
| ③子宮がん検診 | 令和 年 月 日 | | 円 | 円 |
| ④一般健診 | 令和 年 月 日 | | 円 | 円 |
| ⑤特定健診 | 令和 年 月 日 | | 円 | 円 |
| 支払合計金額 | | | 円 | 円 |

- 提出前に添付書類のチェックをお願いします。
 - 領収書(コピー可、追加受診項目がある場合、費用補助の如何を問わず項目毎の費用内訳は明記必須)
 - 健診結果のコピー(健診機関から提示されたすべての結果を提出。一部結果のみの提出は不可)
 - 市区町村のクーポンを利用された場合のみ、市区町村の(〇〇がん検診)案内等のコピー
 - 任意継続加入中の方は振込先口座情報(通帳のコピー等)、但し被保険者の口座に限定

請求書
送付先

〒111-0036
東京都台東区松が谷1丁目9番12号 SPKビルディング7階701
マルハン健康保険組合 保健事業課宛

受付日付印

お振込
について

書類到着後、補助金のお振込みまで1～2か月ほど日数を要します。
予めご了承ください。

- 個人情報の取り扱いについて
在籍被保険者の健診結果は、事業主(株式会社マルハン)とマルハン健康保険組合のコラボヘルス事業推進の覚書により共同利用致します。
 - 事業主：健康管理担当・保健師・産業医 ○マルハン健康保険組合：保健事業担当・保健師・顧問医尚、当該個人情報につきまして上記以外の目的で本人の同意なく第三者に提供・開示することはありません。