

	担当者

人間ドック（本人・家族）補助金請求書

人間ドック（本人・家族）に対する補助金について、健診機関の領収書および検査結果表を添付し請求いたします。

太枠内をすべて記入してください

平成 年 月 日

被保険者証の記号番号	1 — 123456	被保険者の氏名・印	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	（健保）
被保険者の生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男・女	
被保険者の現住所	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3 〇〇マンション701 TEL 00-0123-4567			
所属部署(店舗)	株式会社 〇〇〇〇 〇〇店 TEL 00-4567-8910			
社員番号	1234567			
被扶養者が健診を受けたときは、その受診者の	氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 華子	生年月日	昭和 平 〇〇年 〇月 〇日 生 続柄 妻
健康を 受診 した	医療機関	名称	〇〇病院	
		所在地	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇 3-2-1	
	受診日	平成 26年 4月 1日 から 1日間		
健診にかかった金額	58,000円			

- (注) 1. 健診後は、この請求書に ①「健診機関の領収書の原本」と ②「検査結果表（コピー可）」を添付の上、健康保険組合宛てに請求してください。
尚、脳ドック・がんドック・肺ドック・腰痛ドック等のみを受診し、一般健診項目が含まれていない場合は、費用補助の対象とはなりませんのでご注意ください。
詳しくはマルハン健康保険組合ホームページにてご確認ください。
2. 人間ドック（本人・家族）の補助金は、被保険者の給与振込口座に振込みいたします。
3. 規程の上限40,000円までのお支払になります。

受付日付印

健保記入欄

支給金額	円
------	---