

|  |     |
|--|-----|
|  | 担当者 |
|  |     |

## マルハン健康保険組合 健診補助金請求書

健診に対する補助金について、下記の通り請求いたします。

太枠内をすべて記入してください

請求日 平成 年 月 日

|                             |            |               |                    |           |  |
|-----------------------------|------------|---------------|--------------------|-----------|--|
| 被保険者証の記号番号                  | —          | 被保険者の氏名・印     | フリガナ<br>.....<br>⑩ |           |  |
| 被保険者の生年月日                   | 昭・平 年 月 日生 | 性別            | 男・女                |           |  |
| 被保険者の現住所                    | 〒<br>TEL   |               |                    |           |  |
| 所属部署(店舗)<br>※任意継続の方は空欄      | TEL        |               |                    |           |  |
| 受診した方(被扶養者)<br>※任意継続の方は空欄   | 氏名         | フリガナ<br>..... | 生年月日               | 昭和 年 月 日生 |  |
| 健康診断を受けた医療機関                | 名称         |               |                    |           |  |
|                             | 所在地        | 〒<br>TEL      |                    |           |  |
| 健診にかかった金額<br>※医療機関で実際に払った金額 | 円          | 受診した日         | 平成 年 月 日           |           |  |

### 【送付先】

〒 150-0031

東京都渋谷区桜丘14-10 渋谷コープ405号室

産業保健研究財団 配偶者・任継一般健診事務局 宛

お問い合わせ先 0120-760-183

- (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「健診結果表(コピー可)」を添付の上、上記送付先宛てに郵送で請求してください。
2. 「健診にかかった金額」には医療機関で**実際に支払った金額(領収書の金額)**を記入してください。
3. 健康診断の補助金は、被保険者の給与振込口座に振込みいたします。
4. 補助金の上限金額**12,000円(税込)**を越えた額は自己負担となります。
5. 受診日から1ヶ月以内にご請求ください。1ヶ月を過ぎると費用補助できない場合がありますので、ご注意ください。

受付日付印

※健保記入欄

|        |   |
|--------|---|
| 支給決定金額 | 円 |
|--------|---|