

記入例

担当者

マルハン健康保険組合 健診 補助金請求書

配偶者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 28 年 6 月 30 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 マルハン タロウ 丸 半 太 郎 (印)
被保険者の生年月日	昭・平 50 年 5 月 15 日生	性別	男・女
被保険者の現住所	〒 100-0123 東京都千代田区丸の内1-2-3 PCPマンション501 TEL 03-5221-0001		
所属部署(店舗) ※任意継続の方は空欄	人事部 健保組合出向 TEL 03-3523-9999		
受診した方(被扶養者) ※任意継続の方は空欄	氏名	フリガナ マルハン サチコ 丸 半 幸子	生年月日 昭和 52 年 3 月 3 日生
健康診断を受けた医療機関	名称	医療法人銀球会 山本クリニック	
	所在地	〒 111-0036 東京都台東区松が谷1-9-12-701 TEL 03-5830-2112	
健診にかかった金額 ※医療機関で実際に払った金額	12,600 円	受診した日	平成 28 年 6 月 12 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

☆医療機関で支払った金額が 12,600円 だった場合、「健診にかかった金額」の欄には12,600円と記入してください。尚、健保より支払われる金額は補助額の上限である 12,000円 となります。

- (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. 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