

## 〈契約外〉健診機関ドック受診料補助【請求書】

※補助請求は、健保へ事前に申請書を提出し、「承認通知書」を受け取られている方が対象です。

保険証 記号・番号	—	会社 (事業所名)			
被保険者 氏名		所属部署			
受診対象者 氏名		続柄	本人	家族	受診日 月 日

「〈契約外〉健診機関ドック受診料補助」を、下記金融機関へお振込みをお願い致します。

振込被 保険者 口座	金融機関	金融機関コード	<input type="text"/>	銀行	金庫	信組	農協
		金融機関名称	<input type="text"/>	その他	→ ( )		
	支店	支店コード	<input type="text"/>	本店	支店	出張所	
		支店名称	<input type="text"/>	本所	支所		
預金種別	普通	当座	その他	口座番号 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
口座名義 (カタカナ)	<input type="text"/>						

《添付書類》 すべての書類が揃っているか、下記枠内に ✓ チェック を入れてください。

- 領収書添付 ( 原本 )
- 健診結果表添付 ( コピー )
- 特定保健指導階層化のための「問診票」 ※ホームページの申請書一覧に掲載しています

確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人 ( 被保険者 ) が作成したものである。 ②記載内容については、誤りがないことを申請者本人が確認している。
-----	--------------------------	---

### 健保使用欄

常務理事	事務長	担当者
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 受付印

--

確定額 (税込)	受診料	A 本人負担割合 人間ドック 40% 脳ドック 50%	B 健保負担割合 人間ドック 60% 脳ドック 50%	C 健保補助額 (上限30,000円)	D(B-C) 差額 (本人負担)	E (A+D) 本人負担 合計額
人間ドック (オプション含)	円	円	円	円	円	円
脳ドック	円	円	円	円	円	円
合計	円	円	円	円	円	円