

〈海外〉人間ドック受診料補助支給決議書						
受付年月日	令和	年	月	日	当務理事	事務長 担当者
承認年月日	令和	年	月	日	記入例	
支給年月日	令和	年	月	日		
備考				支給額	¥	

〈海外〉人間ドック受診料補助支給申請書

事業主申請用

下記太線枠内をご記入ください

森永健康保険組合 殿

令和 ▲年 ▲▲月 ▲▲日

海外の契約外人間ドック機関にて受診いたしました人間ドック費用を、下記のとおりご請求致します。

事業所住所 ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲

事業主名 ▲▲▲▲▲ (株) 代表取締役 ▲▲ ▲▲

事業所担当者氏名 ▲▲

【申請内訳】

* 受診日の為替レートにて算出、記入してください

No	保険証 記号・番号	被保険者氏名	受診者名 (受診者が被保険者 の場合"で可)	受診日	海外 請求金額	レート	レート換算額 (円)	補助金額 (円)
1	▲▲▲▲-▲▲▲▲	▲▲ ▲▲	//	令和 ▲年 ▲/▲▲	▲▲▲	1 \$ ¥ ▲▲▲	▲▲,▲▲▲	▲▲,▲▲▲
2				令和 年 /		1 ¥		
3				令和 年 /		1 ¥		
4				令和 年 /		1 ¥		
5				令和 年 /		1 ¥		

《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 (原本)
 ドック機関発行の健診結果データ (写しで可)
 レートの基となる資料 (画面コピーで可)

確認欄
 内に✓



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) が提出した資料に基づき、事業主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。

契約外健診機関負担割合 および 補助料金

(税込)	被保険者・被扶養者 負担割合	森永健康保険組合 負担割合	健保補助上限額
人間ドック	40%	60%	¥30,000
脳ドック	50%	50%	¥30,000

お振込先： 森永健康保険組合へお届けいただいている給付金等振込用口座となります

お振込日： 20日迄到着分……同月末日 (21日以降到着の場合、翌月払いとなる場合があります)