

記入例

〈特例契約〉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)	(株) ▲▲▲▲▲	
被保険者 氏名	▲▲ ▲▲	所属部署	本社▲▲▲▲部 (課、工場、支店、営業所等)	
受診対象者 氏名	▲▲ ▲▲	続柄	本人	家族
		受診日	▲月▲▲日	

「〈特例契約〉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 先保 険者 の 口座	金融機関	金融機関コード	▲ ▲ ▲ ▲	銀行	金庫	信組	農協	
		金融機関名称	▲▲▲	その他	→ { }			
		支店コード	▲ ▲ ▲ ▲	本店	支店	出張所		
		支店名称	▲▲▲	本所	支所			
預金種別	普通	当座	その他		口座番号 (右づめ)	▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲		
口座名義 (カタカナ)	▲▲▲ ▲▲▲▲							

《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"/> 内に✓	<input checked="" 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

受付印

確定額 (税込)	受診料	A	B	C	D(B-C)	E (A+D)
		本人負担割合 人間ドック 40% 脳ドック 50%	健保負担割合 人間ドック 60% 脳ドック 50%	健保補助額 (上限、契約料金の 負担割合分まで)	差額 (本人負担)	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