

有印文書につき F A X 送信は受け付けられません。

(予防 7)

被扶養者健診補助金請求書 (個人用)

令和 年 月 日

1. 健診の区分に を付けて下さい 申請は、各々提出してください。 健診区分ごとに、年1回(4月1日から翌年3月31日)補助を受けることができます。	40歳以上の被扶養者(家族)の健診 (補助額上限 28,000円)	*健診結果(写)・問診票を添付	
	39歳までの被扶養者(家族)の健診 (補助額上限 15,000円)		
	女性40歳以上の被扶養者(家族)の婦人科健診 (補助額上限 15,000円)		
2. 健診料(消費税含む)		3. 補助金請求額	4. 受診日
健診 円		円	平成・令和
婦人科(40歳以上) 円		円	年 月 日
5. 事業所名称			
保険証記号	保険証番号	被保険者氏名	
受診者氏名 (被保険者との続柄)	()	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)

振込先口座 (郵便局は除く)	個人口座(被保険者名義に限る)への振込を希望する場合			
	個人口座登録状況		登録済み・未登録(下記にご記入ください)	
	銀行番号:	銀行・信託銀行	店番号:	支店・本店
	銀行名:	信金・農協・信組	支店名	出張所
	口座番号		名義(カタカナ)	種別
ご自宅の住所	〒 -	連絡先	()	
			普通・当座	

補助金の受取を事業所に委任する場合

受付印

委任状	
健診補助金の受領を (受任者)に委任いたします。	
被保険者(委任者)氏名	

--

補助金の受取を事業所に委任する場合は、委任状の は、7欄の被保険者と委任状欄の被保険者(委任者)は同一のものに限ります。

「健診料の領収書」(コピー可)を添付してください。 **40歳以上の健診には健診結果(写)・問診票を添付してください。**

伊藤忠連合健康保険組合