

支給決定伺	常務理事	事務長				担当			
同年月日	令和	年	月	日	支払年月日	令和	年	月	日
支払決定額							円		

被保険者 各種検診費用等の補助申請書

被扶養者

【申請者記入欄】

※該当項目に○印をつけてください。

A	消化器検診 (胃X線・便潜血)	B	婦人科検診 (乳がん・子宮がん・骨密度)	C	前立腺がん検査(PSA等) 肺がん検診(喀痰細胞診等)
---	--------------------	---	-------------------------	---	--------------------------------

備考欄	
-----	--

被保険者等	記号	番号	資格取得 年月日	平・令	年	月	日
受診者氏名	被保険者 との続柄		生年月日	昭和 平成	年	月	日(才)
受診年月日	令和	年	月	日	請求金額	円	
受診機関名	受診機関 所在地						
(国内銀行) 振込先	銀行コード	店番号	支店	フリガナ			
	フリガナ			名義人			
	銀行・信組 信金・農協			口座番号	普・貯・当		

※振込先は必ず被保険者ご本人の口座をご記入ください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者
(申請者)

会社名
所属
〒 ()
自宅住所
氏名
連絡先TEL

職場(内線・外線)
自宅・携帯

JVCケンウッド健康保険組合 殿

- 注意事項
- 「領収書」(原本)には受診機関による次の項目の記載が必要です。
①受診者氏名 ②受診内容 ③受診年月日 ④検査項目とその料金 ⑤受診機関名
⑥受診機関の印または医師の認印
 - 領収書の宛名について、会社名、健保名が入った領収書は不可となります。
(必ず受診者氏名で記載願います)
 - 健康保険証を使用して保険診療で受診した場合、補助金の対象にはなりません。
 - 申請期限は次年度4月10日(健保必着)です。

事業所
健保担当者

月 日