

支給決定伺		常務理事	事務長			担当
<b>※記入・押印不要 (健保使用欄)</b>						
同	年	月	日	令和	年	月
支払決定額				支払年月日	令和	年
						円

被保険者  
被扶養者 各種検診費用等の補助申請書

【申請者記入欄】

※該当項目に○印をつけてください。

保険証 (表面)  
2行目にある  
「記号」「番号」  
を記入

消化器検診 胃X線・便潜血	<input checked="" type="checkbox"/>	B	婦人科検診 (乳がん・子宮がん・骨密度)	<input checked="" type="checkbox"/>	C	前 肺がん	<input type="checkbox"/>
------------------	-------------------------------------	---	-------------------------	-------------------------------------	---	----------	--------------------------

保険証 (表面)  
「資格取得年月日」  
を記入  
(交付日ではありません)

被保険者等	記号	101	番号	12345	資格取得年月日	平	令	23	年	10	月	1	日
受診者氏名	健保 花子			被保険者との続柄	妻	生年月日	昭和	XX	年	XX	月	XX	日 (XX才)
受診年月日	令和	XX	年	XX	月	XX	日	請求金額	11,550 円				
受診機関名	東京レディースクリニック			受診機関所在地	東京都八王子市〇〇町XXX-XX								
振込先	銀行コード	X	X	X	店番号	X	X	X	フリガナ	〇〇〇〇〇〇			
	フリガナ	〇〇XX			△△△△			名義人	〇〇〇〇				
	〇	X	銀行・信組 信金・農協	△△			支店	口座番号	X	X	X	X	X
													<input checked="" type="checkbox"/> 普・貯・当

被保険者 (本人) の名義の  
口座を記入  
(家族の口座は不可)

上記のとおり申請します。  
令和 XX 年 XX 月 XX 日

被保険者 (申請者)

会社名 (株)JVCケンウッド  
所属 〇〇〇部 △△グループ  
〒 (XXX-XXXX)  
自宅住所 東京都△〇〇市〇〇町XX-X  
氏名 健保 太郎  
連絡先TEL 841-XXXXX

〔 職場(内線・外線)  
自宅・携帯 〕

※振込先は必ず被保険者ご本人の口座を  
検査費用 (支払った額) が  
補助額上限を超えている場  
合は上限金額を記入  
(上限額)  
消化器: 17,600円  
婦人科: 11,550円

- 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  
※事業所の  
健保担当者が  
押印

所属事業所 (会社) の  
健保担当者が押印