

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

海外赴任者（被保険者・被扶養者） 健診費用の補助申請書

| |
|--------------|
| 事業所 健保担当者 |
| 年 月 日 |

| | | | |
|-----------------------|--------------|--------------|----------------|
| ※受けた場合のみ該当に○をつけてください。 | | | |
| オプション検査 | 婦人科検診 (25歳～) | 肺がん検査 (40歳～) | 前立腺がん検査 (35歳～) |

| | |
|-----|--|
| 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 | フリガナ | | | | |
| | フリガナ | 支店 | 名義人 | | | | |
| | 銀行・信組 信金・農協 | 口座番号 | 普・貯・当 | | | | |

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

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受診年月日 ③健診内容とその料金(オプション受診時はオプション内容も明記)
④健診機関名 ⑤健診機関の印または医師の認印(サインも可)
 - 「領収書」が外国語表記の場合、和訳をお願いする場合があります。
 - 同じ年度内に日本国内で健保の人間ドック等や会社の健康診断を受けた人はこの申請はできません。
 - 申請期限は次年度4月10日(健保必着)です。