

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

所属事業所（会社）の
人事部門へ提出後、
担当者が押印

オプション検査を受けた場合
のみ該当に○をつける

事業所 健保担当者
※事業所の 健保担当者 が押印
年 月 日

海外赴任者（被保険者・被扶養者） 健診費用の補助申請書

※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	<input type="radio"/> 婦人科検診（25歳～）	<input type="radio"/> 肺がん検査（40歳～）	<input type="radio"/> 前立腺がん検査（35歳～）

備考欄	
-----	--

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 平成	XX 年 XX 月 XX 日(X 才)
受診年月日	令和	XX 年	XX 月	XX 日	請求金額	\$ XXX.xx 円	
受診機関名	ABC Medical Center			受診機関 所在地	※国名・都市名のみでも可		
(国内銀行) 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	
	<input type="radio"/> 銀行・信組 <input type="radio"/> 信金・農協		△△	支店	口座番号	X X X X X X X	<input type="radio"/> 普貯・当

現地通貨で記入

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	※海外出向先の会社名を記入
所属	〇〇〇 △△
〒	(XXX-XXXX)
自宅住所	東京都△〇□市〇〇町XXX-X
氏名	健保 太郎

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。