

日油健康保険組合 検印欄

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

健保組合記載欄

| | |
|--------------|---|
| 補助金 支給決定額 | 円 |
|--------------|---|

***** 以下空欄を記入してください *****

記入例

健診補助金請求書

【令和5年度】

補助金請求期限 ※対象者・受診期間等の詳細を健診案内で確認のうえ受診してください。

| |
|---|
| 被保険者対象健診(人間ドック・婦人科検診) : 令和6年3月8日(金)日油健康保険組合必着 |
| 任意継続被保険者健診・被扶養者健診 : 令和5年10月31日(火)日油健康保険組合必着 |

記入日: 令和 5 年 5 月 15 日

◆被保険者情報

| | | | | |
|--------|---------|-----|----|------|
| 事業所名 | 日油(株)本社 | | | |
| 被保険者証 | 記号 | 101 | 番号 | 9999 |
| 被保険者氏名 | 日油 太郎 | | | |

◆受診者情報(請求書1枚につき、お一人分の申請)

| | | | |
|-------------------|------------------------|----|-----|
| 受診者氏名 | 日油 花子 | 続柄 | 妻 |
| 受診者生年月日 | 昭和 43 年 5 月 15 日 平成 | | |
| 受診者年齢/当年度末(3月末)時点 | 55 歳 | 性別 | 男・女 |

◆請求する健診種別の番号を○で囲み、右欄に受診日・支払った金額をご記入ください。

| 受診者 | 健診種別 | 健診日(検診日) | 支払った金額 |
|---------------------|----------------------|----------|----------|
| 被保険者 (加入者本人) | 1 人間ドック | | 円 |
| | 2 婦人科検診(乳がん・子宮頸がん) | | 円 |
| 任意継続被保険者 (加入者本人) | 3 定期健康診断 | | 円 |
| | 4 生活習慣病健診 | | 円 |
| | 5 婦人科検診(乳がん・子宮頸がん) | | 円 |
| 被扶養者 (ご家族) | 6 定期健康診断 | | 円 |
| | 7 生活習慣病健診(婦人科検査あり) | 令和5年4月1日 | 28,000 円 |
| | 8 生活習慣病健診(婦人科検査なし) | | 円 |
| | 9 婦人科検診(乳がん・子宮頸がん)のみ | | 円 |
| | 10 特定健康診査 | | 円 |

◆添付書類(健診補助金請求に必要な書類)

- ① 領収書(原本) … 全ての受診者
 ※ 受診者氏名、健診(検診)名と料金明細(内訳)の記載された領収書が必要です。
 記載がない場合は医療機関に依頼してください。
 ※ 領収書は、紛失防止のため健診補助金請求書裏面もしくは別の用紙(A4サイズ)に貼付してください。
- ② 健診結果(コピー可) … 全ての受診者
- ③ 特定健康診査質問票(コピー可) … 生活習慣病健診・特定健康診査受診者
 生活習慣病健診・特定健康診査を受診し、健診機関より「特定健康診査質問票」の控えを受け取らなかった方は
 健保ホームページより「特定健康診査質問票」をダウンロードし、再度記入してください。