

支給決定額（健保使用欄）
円

常務理事	事務長		担当

**健康保険 被保険者 被扶養者 健診費用補助金支給申請書**

※ご請求の際は、領収書のコピーと健診結果のコピーが必要です。

※契約健診施設で負担された際の一部負担金やオプション検査費用は請求できません。

被保険者証 記号番号	記号	被保険者 氏名	〒	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	番号							
被保険者 住所	〒							
	電話 ( )							
事業所 名称								
受診者氏名	フリガナ	続柄		年齢				歳
健診 について	受診日	受診医療機関名						
		令和 年 月 日						
	健診の内容 該当するものに、「○」を 付けてください。	健診費用 (消費税込み)	健保使用欄			支給決定額		
		円	補助 上限額	一部負担金		円		
		円		本人(任継除く)	その他	円		
	1. 定期健康診断	円	12,000円	0円	1,500円	円		
	2. 生活習慣病健診	円	30,000円	0円	3,500円	円		
3. 人間ドック	円	50,000円	0円	5,000円	円			
4. 婦人科検査	円	10,000円	0円	0円	円			
	合計額	円	合計額			円		

※受領委任する場合は記入してください。

(給与口座への振込をご希望の場合は委任状欄、振込先情報欄への記入は不要です。)

委任状	<input type="checkbox"/> 本申請に基づく補助金に関する受領を下記代理人に委任します。			令和 年 月 日
	被保険者 (申請者)	氏名		Ⓜ
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名		Ⓜ
振込先情報	銀行 信金・信組		本店 支店	受付日付印
	支店番号	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	名義人			

- 受診日に当組合の資格のない方は申請できません。
- カフェテリアポイントを使用することはできません。

**【送付先】** 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イーストビル8階  
IQVIAグループ健康保険組合