

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 記号番号	記号 60 番号 12345	被保険者 氏名 健保 太郎	（健保）	生年月日 昭和 平成 501011	年 50	月 10	日 11
被保険者 住所	〒000-0000 東京都00区001-2-3 電話 00(△△△△)▲▲▲▲						
事業所 名称	IQVIAサービシーズジャパン株式会社						
受診者氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	続柄 妻	年齢 40	歳			
健診 について	受診日 令和 2年 7月 1日	受診医療機関名 ABC健診センター					
	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	
			補助 上限額	一部負担金			
				本人(任継除く)	その他		
	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	45,000円	0円	5,000円	円		
4. 婦人科検査	円	11,000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	□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	〇〇〇	銀行 信金・信組	△△△	本店 支店	受付日付印
	支店番号	普通	口座番号		
	123	当座	1234567		
フリガナ	ケンボ	タロウ	銀行の場合		
名義人	健保	太郎			

振込先情報	ゆうちょ	銀行 信金・信組	八七四	本店 支店	郵便局の場合
	支店番号	普通	口座番号		
	874	当座	2345678		
フリガナ	ケンボ	タロウ	郵便局の場合		
名義人	健保	太郎			