

◎有印文書につきFAX送信は受け付けられません。

(予防7)

被扶養者健診補助金請求書 (個人用)

平成 年 月 日

1. 健診の区分に○を付けて下さい ※ 申請は、各々提出して下さい。 ※ 健診区分ごとに、年1回(4月1日から翌年3月31日)補助を受けることができます。		40歳以上の被扶養者(家族)の健診 (補助額上限 28,000円)	*健診結果(写)・問診票を添付
		39歳までの被扶養者(家族)の健診 (補助額上限 15,000円)	
		女性40歳以上の被扶養者(家族)の婦人科健診 (補助額上限 15,000円)	
2. 健診料(消費税含む)		3. 補助金請求額	4. 受診日
健診 円		円	平成 年 月 日
婦人科(40歳以上) 円		円	
5. 事業所名称			
保険証記号	保険証番号	被保険者氏名	㊞
受診者氏名 (被保険者との続柄)	()	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)

振込先口座 (郵便局は除く)	個人口座(被保険者名義に限る)への振込を希望する場合				
	個人口座登録状況		登録済み ・ 未登録(下記にご記入ください)		
	銀行番号:		銀行・信託銀行	店番号:	支店・本店
	銀行名:		信金・農協・信組	支店名	出張所
	口座番号	名義(カタカナ)		種別
ご自宅の住所	〒 -		連絡先 ()		

↓補助金の受取を事業所に委任する場合↓

受 付 印

委 任 状 健診補助金の受領を (受任者 ㊞)に委任いたします。 被保険者(委任者)氏名 ㊞	
---	--

※ 補助金の受取を事業所に委任する場合は、委任状の㊞は、7欄の被保険者㊞と委任状欄の被保険者(委任者)㊞は同一のものに限ります。

※ 「健診料の領収書」(コピー可)を添付してください。 40歳以上の健診には健診結果(写)・問診票を添付してください。

伊藤忠連合健康保険組合