

家族健診費用補助請求書

202X年 XX月 XX日

日本ヒューレット・パッドカード健康保険組合 御中

受診者氏名	健保 恵子 (ご家族氏名)
-------	------------------

家族健診費用補助として下記金額を請求いたします。

請求金額 (健保記載欄) 円

請求金額は記載不要です
領収書確認後に補助金額を確定します

(健保負担限度額 30,000円)

被保険者証	記号	番号	ふりがな	けんぼ たろう							
	1	99999	被保険者氏名	健保 太郎							
被保険者所属会社	所属会社をご記入										
受診者連絡先	000 - 0000 - 0000			(申請内容確認時に使用します)							
補助金振込口座	0000	銀行	1.普通 2.当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	000	支店	どちらかを 選択								

(必ず被保険者名義の口座を指定してください)

添付書類 (書類が不足している場合、費用補助ができません)

- 領収書 (受診者氏名が記載されていること)
- 健診結果表
- 健診受診時の問診票
- 自己負担金額が明示された広報誌等のコピー (自治体の健診制度をご利用された場合)