家族健診費用補助請求書

年　　月　　日

日本ﾋｭｰﾚｯﾄ･ﾊﾟｯｶｰﾄﾞ健康保険組合

受診者氏名	

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

（健保負担限度額　30,000円）

<table>
<tr><td rowspan="2">被保険者証</td><td>記　号</td><td>番　号</td><td>ふりがな</td><td colspan="12"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>被保険者氏名</td><td colspan="12"></td></tr>
<tr><td>被保険者所属会社</td><td colspan="15"></td></tr>
<tr><td>受診者連絡先</td><td colspan="15">―　　―　　（申請内容確認時に使用します）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">補助金振込口座</td><td colspan="2"></td><td>銀行</td><td rowspan="2">1.普通
2.当座</td><td rowspan="2">口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>支店</td></tr>
</table>

（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）

1. 領収書（受診者氏名が記載されていること）
2. 健診結果表
3. 健診受診時の問診票
4. 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）