

常務理事	事務長	課 長	担 当

被扶養者健診補助金申請書(配偶者健診／30才未満用)

被 保 険 者	氏 名	
	事 業 所 株式会社	
	所 属	
被 保 険 者 証 記 号 番 号	記 号	番 号
受 診 者 氏 名		
受 診 し た 医 療 機 関		
受 診 年 月 日	令和 年 月 日	
特 定 健 診 項 目 受 診 費 用	①自己負担あり(下記の受診費用に含む) ②自己負担なし(負担者:事業主・その他_____)	
受 診 費 用	円	※前項②の特定健診項目相当額(記入不要) (円)
請 求 額	円 (2万円限度)	

注1 特定健診基本項目を全て受診が前提になりますので、未受診、又は一部未受診の場合の状況で、オプション健診を受診した場合、オプション健診の費用は、支給対象にはなりません。

注2 但し、パート勤務先の定期健診やその他事由による事業主が実施する健康診断(特定健診項目を含む)を受診した後に、別途オプション健診を受診した場合は、被扶養者健診補助金は限度額(2万円)から事業主等負担の特定健診項目の料金を差し引いた額を給付します。

特定健診(含むオプション健診)を受診しましたので、領収書、健診結果を添付し、被扶養者健診補助金を申請します。

振込先指定口座	「健康保険給付金振込口座届」に記載された個人銀行口座に振込ます。 ※「健康保険給付金振込口座届」を提出して下さい。
---------	--

請求年月日 令和 年 月 日

丸全昭和運輸健康保険組合 殿

給付額	円
-----	---