

常務理事	事務長	課 長	担 当

被扶養者健診補助金申請書(40才以上 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	特定健診				
	オプション健診	〔 特定健診と同じ 時は、記入不要 〕			
受 診 年 月 日	特定健診	令和	年	月	日
	オプション健診	令和	年	月	日〔 特定健診と同じ 時は、記入不要 〕
健診受診費用	特定健診	円		※契約タイプ A・B 詳細項目受診 有・無	
	オプション健診	円		(窓口負担額を記入)	
	合 計	円		(特定健診料金が不明な時は、空欄)	
請 求 額		円			

注1 特定健診を受診券で受診し、オプション健診受診費用を現金で支払った場合は、特定健診受診分が受診医療機関から請求のあった後の給付になります。また、給付額は2万円から特定健診費用を差し引いた額、もしくは請求額のいずれか低い方の金額となります。

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 銀 行 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
-----	---