

《被保険者及び被扶養者用》

人間ドック補助額請求書(契約外健診機関)

兼

がん検診補助額請求書(乳がん・子宮がん・前立腺がん)

H29.04改訂

健康保険組合使用欄		
※本書を決議書へ添付		
常務理事	← 事務長	← 係

◎この請求書は被保険者(社員)が記入し、以下の書類を添付して下さい。

1. 健診結果のコピー

2. 以下の条件を満たす領収証(原本)

(1) 受診者個人名宛てのこと。

(2) ドック、がん検診毎の料金明細が記載されていること。

(※複数の検査を受け、一括で領収証の交付を受ける場合)

必ずこの枠内をご確認いただき
添付書類を揃えてご提出ください

スズケン健康保険組合様 下記のとおり請求

この申込書を記入した日にちです

請求日	平成 29 年 9 月 20 日	保険証 記号 - 番号	1 - 12345
被保険者名	健保 太郎	生年 月 日	昭和 35 年 6 月 20 日
住 所	〒 000 - 0000	電話	000 - 000 - 0000
事業所名	株式会社スズケン	所属部署名	00支店00課
受診者が被扶養者の 場合に記入	健保 花子	生年 月 日	昭和 40 年 10 月 25 日 続柄 妻
受診日	平成 29 年 8 月 5 日	健診機関	00病院 健診センター
健診料金 (消費税込)	人間ドック 00000 円	乳がん	0000 円
	前立腺がん 0000 円	子宮がん	0000 円
		合計	00000 円
※補助額上限	人間ドック:受診料の5割(上限27,000円) 前立腺がん:3,000円 乳がん:3,800円 子宮がん:1,500円		

がん検診に市町村などの助成がある場合や
保険診療で受診した場合は請求対象外です

振込先金融機関 ※最新の名称を確認のうえ ご記入下さい。	0000	銀行	信用金庫	000	本 支店					
預金種別	普通	・その他()	フリガナ	ケンポ タロウ						
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	健保 太郎	

※ 契約外健診機関を受診された場合、お支払いまでに3~4カ月程度時間を頂戴することがあります。あらかじめご了承下さい。
(地域的な事情以外、契約健診機関での受診をお願いいたします。)

■補助額の受領を自分(被保険者)以外の者に委任する場合は、下記の委任状欄にご記入下さい。

委 任 状

この者を代理人と定め、補助額の受領を委任します。

住 所

氏 名

平成

年

月

日

被保険者氏名

印

スズケン健康保険組合