

記入見本

健康診断補助金請求書

被
保
険
者
の
記
入
欄

被保険者証記号番号		被保険者氏名		事業所の名称	
1010 — 1234		健保 太郎		日本触媒 大阪本社	
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不用です)				退職者、任意継続者はblank	
受診者の	氏 名		生年月日		健康診断を受けた日
	健保 太郎		S〇〇年〇〇月〇〇日		6 年 4 月 1 日
健康診断に要した費用			42,000円 (税込総額)		
健康診断を受けた医療機関	所在地	大阪市中			
	名称	大阪中央			
上記の通り健康診断を受診しました。			「けんぽ共同健診(イーウェル)」で契約していない健診機関等で健康診断を受診した方に、受診費用の11%を控除した額を支給します。(上限30,000円) 健康診断補助金請求書に「領収書(原本)」、「健診結果(写し)」、別紙「質問票」を添付して提出		
年 月 日		氏 名		健保 太郎	
日本触媒健康保険組合理事長殿		電話番号		06-XXXX-XXXX	
請求者は被保険者					

被
保
険
者
・
事
業
主
の
記
入
欄

委任状	
日本触媒健康保険組合より支給される給付金の受領に関する一切の権限を下記の者に委任いたします。	
R5年12月10日	
被保険者住所	大阪市北区〇〇
氏 名	健保 太郎
上記委任を受任いたします	
被委任者住所	
氏 名	
日本触媒健康保険組合理事長	
退職後の請求者には直接銀行振込します。	
口座名義人 (カタカナ)	
退職後の請求者のみ記入 在職中は不要 (給与振込み)	
普通 ・ 当座 口座番号	

組
合
の
記
入
欄

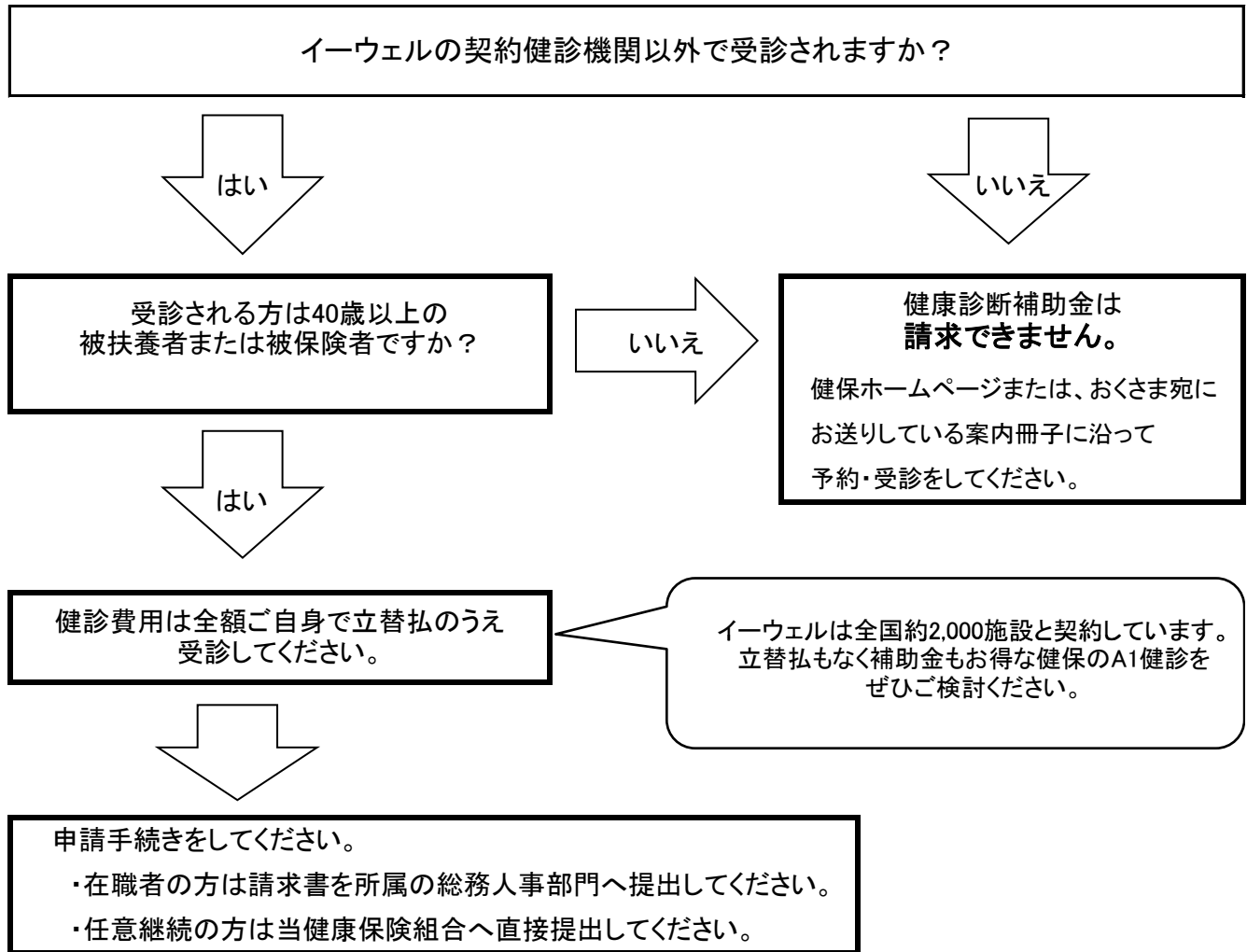
資格取得	資格喪失	支給決定		
年 月 日	年 月 日	年 月 日		
補助額 (上限30,000円)	算出基礎	常務理事	事務長	係
円	税込費用ー(税抜費用×0.11【10円未満切捨】)※控除最低額 1,100円			

受付印

注1. この請求書は、契約医療機関以外で受診した人が、補助金を請求する時に使用してください。
注2. 医療機関の領収書原本、受診結果表、質問票を添付して提出してください。

健康診断補助金を請求される方へ

1.下記の事項をよくお読みになって申請してください。



2.必要書類

- ・健保ホームページよりダウンロード・・・「健康診断補助金請求書」＋「質問票(本人記入の上)」
- ・健診機関より受領・・・「健診結果(コピーで可)」＋「領収書(原本)」

■ 注意事項

- ・請求書の締め切りは毎月25日健保着です。
- ・請求された健康診断補助金は当組合が受付をした翌月に支給しますが、健康保険法にもとづいた審査等のために日数がかかることがあります。

詳細は健保ホームページ「健康診断(人間ドックetc.)」をご確認ください。