

(様式第1号)

海外人間ドック補助額請求書

H10

被保険者・ 被扶養者

経済産業関係法人健康保険組合 理事長 殿

提出 令和 年 月 日

健康保険の	記号	利用者の氏名		<input type="radio"/> 男
	番号			<input type="radio"/> 女
医療機関名				
医療機関の所在地				
受診日				
要した費用の総額 (現地通貨)	脳検査以外の検査費用		脳検査費用	
委任状	私は、保険給付金等受領代理人設置要領に基づき事業主が届け出た受領代理人に、この海外人間ドック補助額の受領を委任します。			
	令和 年 月 日			
	被保険者 氏名			
※署名。印字(PC入力)も可。(ただし、必ず本人が入力してください。)				

上記のとおり人間ドックを利用したので、領収書(※①発行者、②支払者、③支払日、④支払額、⑤健康診断の費用であること、の5点が明記された領収書であること。請求書では受付不可。)の原本を添えて補助額を請求します。

※補助限度額は、年度中に健康診断費用1回を対象に、日本円にして総額7万5千円(税込)です。

※日本語以外の領収書には必ず翻訳を付してください。

令和7.4改