※健保欄	支給決定額	常務理事	事務局長	担当課長	担当者

立替払用

H02

人間ドック（脳検査）補助額請求書

◉ 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

健康保険の	記号 ●●●● 番号 ●●●●	利用者の（フリガナ）氏名	（フリガナ）ケンポ　ハナコ 健保　花子	年齢 30	○男・◉女
受診医療機関名	●●人間ドックセンター				
受診日	令和 ● 年 10 月 15 日				
備考	単独脳検査費用の請求				

上記のとおり、領収書を添えて 補助額 45,000 円を請求します。

令和 ● 年 10 月 20 日

被保険者の氏名 健保　花子

※海外赴任中の方が一時帰国の際に日本国内でドックを受診した場合は、下欄に勤務先担当者の確認を貰ってください。

事業所確認欄	
上記受診者は当事業所において海外勤務中（又は同行する家族）です。 （事業所担当者は受診者確認のうえ右欄にチェックを入れてください。）	□

注1.　次の2つの条件を満たした領収書を添付してください。
　㋐ 宛名が受診者名であるもの。
　㋑ 費用（脳検査や人間ドック等）の内容が明記されているもの。
2.　補助額は当健保組合加入時に提出いただいた「保険給付金等振込依頼書」の口座宛に振り込みます。
3.　補助詳細につきましては、当健保組合ホームページ（https://www.keisan-kenpo.or.jp/）もしくは勤務先の担当課にてご確認ください。
4.　補助対象となるのは1日（日帰り）ドックで、1泊2日及び2日ドックは補助対象となりません。
5.　補助額の請求期限は、当該年度の3月25日です。

令和7.4改