

# 部位別健診補助金請求書

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） 情 報	被保険者証の枝番は不要		被 保 険 者 （ 請 求 者 ） の 氏 名	個人連絡先 (携帯番号等)	
	記 号	番 号			
受 診 者 情 報	被 保 険 者 （ 請 求 者 ） の 住 所	〒			会 社 名
	受 診 者 氏 名				続 柄
受 診 者 情 報	受 診 医 療 機 関 名	支 払 額	円	受 診 日	生 年 月 日
					昭 和 平 成 年 月 日
振 込 先 情 報	振込先金融 機関 ※被保険者 名義の口座	銀 行 金 庫 農 協	本 店 支 店	普 通 預 金 口 座 番 号	
	(フリガナ) 口座名義				

**(添付書類)**

部位別健診に要した書類を添付して健保組合に申請してください。

1. 領収書(原本) ※原本の提出が難しい場合には、コピーでも可  
※人間ドック・巡回健診 追加オプション検査の場合、部位別健診の金額がわかる明細
2. 部位別健診の結果表のコピー(白黒可)