

# 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	健 保 太 郎	個 人 連 絡 先 （ 携 帯 番 号 等 ）	000-0000-0000				
	記 号	10				番 号	9999			
受 診 者 情 報	被 保 険 者 （ 請 求 者 ） の 住 所	〒 000-0000 東京都品川区西五反田1-1-1			会 社 名	株 式 会 社 〇〇〇〇〇〇				
	受 診 者 氏 名	健 保 太 郎			続 柄	生 年 月 日				
振 込 先 情 報	受 診 医 療 機 関 名	〇〇〇〇クリニック		支 払 額	32,000	円	受 診 日	2021 年 9 月 1 日		
	振 込 先 金 融 機 関 ※ 被 保 険 者 名 義 の 口 座	〇〇〇〇		銀 行	〇〇〇〇		本 店	支 店		
振 込 先 情 報	（ フリガナ ） 口 座 名 義	ケンポ タロウ			普通預金 口座番号					
		健 保 太 郎			1	2	3	4	5	6

(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)