

被扶養者健診補助金申請書

事業所名	株式会社〇〇〇 〇〇支店		
社員番号	〇〇〇	被保険者名	健康 太郎 (印)
保険証記号 番号	8〇〇 〇〇〇〇	受診者名	健康 華子
受診医療 機関名	〇〇〇病院		
受診年月日	令和 ××年 ××月 ××日		
健診の内容	①. 一般健康診断 2. 生活習慣病健診 3. 婦人科検診 4. 胃検診 5. 大腸検診 6. その他 ()		
支払 健診費用	〇, 〇〇〇円		
請求 補助金額	〇, 〇〇〇円		
注 1. 当該年度末現在 30 歳未満の被扶養者を対象とし、学生は除きます。 2. 受診医療機関窓口で、必ず受診者氏名・健診内容が明記された領収書をお受け取りください。 3. 領収書の金額を「支払健診費用」欄にご記入ください。 4. 本用紙に領収書（原紙）を添付して、ご提出ください。 5. 補助金額はその実費相当額とし、受診者 1 人当り 10,000 円を上限とします。この金額を「請求補助金額」欄にご記入ください。 6. 保険診療は補助金対象外となります。 7. 補助金は被保険者の給与に合わせてお支払いします。			

被扶養者健診補助金の申請は年度内 1 回です。