

法定外検診補助金請求書

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、法定外検診補助金を請求します。

				請求日	令和	年	月	日	
請求者記入欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号						
	被保険者氏名	Ⓜ		生年月日	昭和	・平成	年	月	日
	住所 電話番号	(〒 -)		(TEL - -)					
	事業所・所属	(会社名)		(支店・営業所名)					
	受診者	氏名	/		生年月日	/			
	受診した 医療(検査)機関				受診年月日	令和	年	月	日
	検診項目 (該当項目に○ 印)	胃がん ・ 大腸がん ・ 血液検査							
	検診料 (保険適用外) ※保険を適用した検査の個人負担分は補助対象外			円					
	委任状	本請求に基づく補助金の受領を (会社名) に委任する。							
	令和 年 月 日			被保険者氏名			Ⓜ		

※ 提出前に記入および添付書類の不備がないようにご確認ください。

【添付書類】

領収書 原本(宛名は受診者名。検診項目が明記されていること。)

健保組合 決議欄	支給決定金額	健保組合 担当
	円	

健保組合 受付印