

日帰り主婦ドック受診料精算申請書

保険証の記号	保険証の番号
9	12345

1	健診を受けた人の氏名	九工 花子	年齢	38 才	続柄	妻
2	受診した医療機関名	◎△×※健診センター				
3	受診した年月日	平成 24年 9月 20日				
4	申請金額	¥10,000 -		※申請金額の上限は10,000円です。		

上記のとおり人間ドックの受診に要した費用の領収証と健診記録を添えて申請いたします。

平成 24年 10月 20日

〒 ●●● - ●●●●

被保険者の住所 福岡市南区那の川 1-24-1

電話番号 (092) - (123) - (4567)

被保険者の氏名 九工 太郎

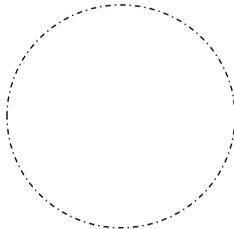


九電工健康保険組合 理事長殿

(注意事項)

- 申請できる対象者は、40才未満の被扶養配偶者（希望者）
- 医療機関の領収証と健診記録を添付してください。
 - 領収証は原本に限ります。コピーおよびレシートは不可。
 - 領収証は受診した人の宛名でお願いします。
 - 健診記録はコピー可。返却いたしません。
- 添付書類の両方が揃わないと支給できません。

(受付年月日)



健保記入欄

常務理事	事務長	関係者		受付
款	項	目	支給決定額	
保健事業費	保健事業費	疾病予防費		