

## 家族健診受診報告書 兼 助成金申請書

※太枠内の記入・捺印をお願いします。

Fa・Faド

受診者氏名		受診者生年月日	年 月 日
被保険者氏名	① <sup>*1</sup>	被保険者証	記号 番号
事業所・所属		所属電話番号	
被保険者住所 電話番号	〒 TEL		

\*1：自署であれば印は不要です。

・健診の内容（健診受診日・健診種類・自己負担した費用・適格事業者番号を下記太枠内へ記入）

**個人予約健診**・・・個人で健診を受診し、費用を自己負担**勤務先健診**・・・被扶養者の勤務先で健診を受け、費用の負担なし

【注意】保険証を使用した検査や当健保が認めた検査項目以外の費用は助成できません。

健診受診日	健診種類（該当する項目に○を付けてください）	自己負担した費用
年 月 日	個人予約健診・勤務先健診・特定健診受診券利用	円
適格事業者番号：T		
年 月 日	個人予約健診・勤務先健診・特定健診受診券利用	円
適格事業者番号：T		
年 月 日	個人予約健診・勤務先健診・特定健診受診券利用	円
適格事業者番号：T		
<b>合 計 費 用</b>		円

1 2 けりひそフ

健保記入欄	発議	年 月 日	支給決定額	担当	検印
			合計 円		
	決議	年 月 日	5-1-1 円		
			5-1-4 円		

&lt;以下、領収書添付欄&gt;

※領収証は特定健診の基本項目部分とそれ以外の内訳を記載していただくよう、健診・医療機関へご依頼ください。

※適格事業者番号（Tから始まる13桁数字）の記載された領収書をご提出ください。

※健診結果の活用方法等、個人情報保護に関する内容は、裏面「家族健診のご案内」に記載しておりますのでご確認ください。

※助成金は、被保険者の登録口座へ振り込みます。

※助成金額の1/3は会社負担です。会社負担について、2024年度より社員の課税所得となります。

所得税率は給与に応じ変わりますが、受診の約6か月後に給与から100～300円程度を控除させていただきますのでご理解の程よろしくお願いたします。

## 提出前にチェック！！

	個人予約	勤務先
1. 自己負担された領収書の原本	<input type="checkbox"/>	—
2. 受診されたすべての結果票の写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 質問票	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>