

《被扶養者(配偶者)用》

～記入例～

補助金
支給決定金額

【注意事項】

- ・記入内容に修正がある場合は、訂正箇所を二重線で消し、訂正印を押してください。
- ・フリクションペンなどの消えるペンは使用しないでください。

記入日: ○○年 ○月 ○日 (※以下、太枠内をすべて記入)

事業所名 [会社名]	○○株式会社	部署名	○○工場	
被保険者氏名	健保 たろう			
保険証	記号	○○	受診者氏名 (配偶者)	健保 あい子
	番号	○○○		
受診日 (和暦)	令和 ○年 ○月 ○日		生年月日 (和暦)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○○年 ○月 ○日 (○○歳)
健診機関名 [病院名]	○○レディースクリニック			
No.	検診名	検診にかかった費用	補助金等	
1	婦人科検診 (マンモグラフィ、乳腺エコー、 頸部細胞診)	8,800 円 ※税込	対象:20~34歳 上限 4,000 円の実費 対象:35歳以上 上限 8,000 円の実費 ※けんぽ共同健診で婦人科検診を受診の方は、 補助の対象外です	

個人情報保護法における利用目的のお知らせ
提出された書類の個人情報は、受診資格・受診内容の確認、補助金支払い業務に利用します。

提出する書類3点と注意事項

- 請求書 : この用紙に必要事項を記入
- 領収書 : 受診者の氏名、各健診の料金明細(検査名と料金)が記載されていること (原本のみ)
- 結果表 : 補助金請求を行う健診の結果表 (コピー可)

[健保 使用欄]

○婦人科検診 (乳・子宮) ¥ _____ ⇒