

被扶養者(配偶者以外)用

～記入例～

補助金
支給決定金額

円

被扶養者(配偶者以外) 健診補助金請求書

【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			
請求者氏名 [被保険者]	健保 たろう					
保険証	記号	○○	受診者氏名	健保 くみ子	続柄	母
	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]	○○健診クリニック					
No.		健診にかかった費用	補助金等			
1	健診各種	9,900 円 ※税込	対象: 40 歳以上 上限 3,000 円の実費			

支給要件

- 受診した健診に特定健診項目を全て満たしていること(未実施項目がある場合、補助の対象外)
- 特定健診項目は、キューピー・アヲハタ健康保険組合のホームページで確認できます。

提出する書類4点

- 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)
- 質問票: キューピー・アヲハタ健康保険組合のホームページよりダウンロードして記入

[健保 使用欄]

○健診各種 ¥ _____ ⇒

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、以下に利用します。
◆ 受診資格・受診内容の確認、補助金支払い業務
◆ 結果表・質問票を匿名でデータ化し、国への特定健診・特定保健指導の報告、健康分析