

《被扶養者（配偶者）用》

～記入例～

補助金
支給決定金額 円

【注意事項】

- 記載内容に修正が発生した際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。

----- 以下の空欄を全て記入して下さい -----

記入日：〇〇〇〇年〇月〇日

事業所名 [会社名]	〇〇〇株式会社	部署名	〇〇工場	
請求者氏名 [被保険者]	健保 太郎			
保険証	記号	〇〇	検診受診者 (配偶者) 氏名	健保 花子
	番号	〇〇〇〇		
検診年月日 (和暦)	令和 〇年 7月 1日	生年月日 (和暦)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇〇年 12月 31日 (34歳)	
健診医療機関名 [病院名]	〇〇クリニック			
No.	検診名	検診にかかった費用	補助金等	
1	婦人科検診（子宮がん頸部細胞診・乳がんマンモ、エコー）	4,320 円 [※税込み]	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 ※けんぽ共同健診などの健保補助健診で婦人科検診を受診された方は、補助対象外です	

＜個人情報保護法における利用目的のお知らせ＞
添付していた健診結果表は次のように利用します。

健保組合：受診確認、健診機関への支払業務、健康分析、結果表をデータベース化。

提出する書類と注意事項

- 請求書：当用紙の空欄に必要事項を記入してください
- 婦人科検診の領収書：各検診の料金明細が記載されていること（原本のみ）
- 婦人科検診の結果表：婦人科検診の結果表（コピー可）

[健保 使用欄]

〇子宮がん・乳がん ￥ _____ ⇒