

《被扶養者（配偶者以外）用》

常務理事	事務長	担当者

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

※補助金請求書提出 年1回

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長殿
個人情報の利用目的の主旨に同意し、補助金の請求を致します。

----- 以下の空欄を全て記入して下さい -----

記入日： 年 月 日

事業所名 [会社名]		部署名	
請求者氏名 [被保険者]			
保険証	記号	健診受診者 氏名	
	番号		
健診年月日 (和暦)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	生年月日 (和暦)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
健診医療機関名 [病院名]	年 月 日	年 月 日	(歳)
No.	健診にかかった費用	補助金等	
1	健診各種 円 [※税込み]	対象：40歳以上 上限3,000円の実費	

個人情報保護法における利用目的のお知らせ
添付していただ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。

支給給要件

- 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、補助の対象にはなりません)
- 特定健診項目は、キューピー・アヲハタ健康保険組合ホームページで確認できます

提出する書類 提出物は次の4点です

- 請求書：当用紙の空欄に必要事項を記入してください
- 領収書：各健診の料金明細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ホームページよりダウンロード

[健保 使用欄]

○健診各種 ¥ _____ ⇒