

年月日 平成 年 月 日  
年月日 平成 年 月 日 : 支給額 円

## 健診費用支給申請書

(被保険者) 1. 人間ドック 2. 生活習慣病健診 3. 脳ドック  
(被扶養者) 1. 人間ドック 2. 家族健診 3. 脳ドック

- 健診を受けた医療機関の名称
- 受診に要した費用 円
- 健診を受けたのが被扶養者のときはその者の  
(氏名) (続柄)  
(生年月日) 年 月 日

上記のとおり申請いたします。

(提出年月日) 平成 年 月 日

(事業所の名称)

(被保険者の記号・番号) -

(被保険者の氏名) 印

- ※ 契約健診機関以外に受診申込を行う際、健診項目には、全ての特定健診項目が含まれていることを必ず確認してください。  
特定健診項目が1つでも未受診の場合、健保組合からの費用補助は受けられませんので、ご注意願います。
- ※ 健診費用は全額、窓口での立て替え払いになります。
- ※ 健保組合への費用補助の請求は、「健診費用支給申請書」に①領収書、②健診結果表、③健診機関へ提出する「問診票」のコピーを添付し提出してください。  
健診結果の電子媒体(DVD等)は、平成28年度から提出不要になりました。その代替として「問診票」のコピーを提出していただきます。
- ※ 前年度分は、5月中旬までに提出してください。

## 領収書

金 円也 領収いたしました。

平成 年 月 日

健康保険組合理事長 殿

(受領受任者氏名) 印