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

1. 健診を受けた医療機関の名称　△△△△クリニック

2. 受診に要した費用　00,000　円

3. 健診を受けたのが被扶養者のときはその者の

（氏名）健保 花子　（続柄）妻

（生年月日）平成 00 年 00 月 00 日

上記のとおり申請いたします。

（提出年月日）平成 00 年 00 月 00 日

（事業所の名称）□□□□株式会社

（被保険者の記号・番号）0000 － 0000

（被保険者の氏名）健保 太郎　健保 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」のｺﾋﾟｰ 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」のｺﾋﾟ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

（三井製糖北糖健康保険組合 H28.4.1改訂）