提出ルート：被保険者→事業主→健保
（任意継続被保険者は直接健保へ）

伺年月日　　年　　月　　日			
常務理事	事務長	担　当	担　当

支給年月日　　年　　月　　日							備考
基本料金							
（上限）							
自己負担額							
支給金額							

被保険者
被扶養者

健診費支給申請書

この申請書には**健診機関の領収書**と**健診結果報告書**と**問診表**を添付して下さい。

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号番号	－	被保険者の所属・氏名	部　　課/主査
被保険者の現住所	〒　－　　電話（　－　－　）		
事業所の名称			

受信者の氏名	続柄	生年月日	年齢
		昭和 平成 令和　年　月　日	才

健診医療機関の		
	名称	
	所在地	〒　－　　電話（　－　－　）

健診年月日	支払証明額記入欄
令和　年　月　日	基本料金［　円］＋オプション［　円］＝支払合計（領収証額）［　円］ 注）健保支給額は（基本料金−自己負担額）となります。
検診内容（□に✓）	□胃レントゲン　□胸部レントゲン　□血圧　□眼底　□心電図　□検尿　□血糖 □コレステロール　□中性脂肪　□貧血　□肝機能　□乳診　□子宮診　□問診 オプション（　　）健診コース（　　）

※受取代理欄は関連会社社員の方のみ記入してください。（㈱SUBARUの社員は記入しないでください）

受取代理		
請求者	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日 被保険者（請求者）署名（自筆）	
受取代理人	代理人の住所	（〒　－　）　（ゴム印使用）
	代理人の氏名	

※振込口座欄は㈱SUBARU社員、期間従業員の方等、代理受取をされない方が記入してください。

振込口座					
金融機関（ゆうちょ、ネット銀行は不可です）		銀行名			
		銀行番号		店番号	
預金種別	1：普通 2：当座	口座番号		（フリガナ） 口座名義	

（任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので受取代理・振込口座欄の記入は不要です）

〈健診受診者のみなさまへ〉
本健診の結果は、健康増進・疾病予防を目的としてSUBARU健康保険組合において活用させていただきます。
また被保険者の方については事業主（勤務先）の定期健康診断時の資料としても活用させていただきますので予めご了承ください。