

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)

何年月日	年	月	日	支給年月日	年	月	日	備考
常務理事	事務長	担当	担当	基本料金				
				(上限)				
(関連会社社員用記入例)								
				大和生命				

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	1234 - 567	被保険者の 所属・氏名	〇〇部 △△△ 課/主査 健保 太郎
	被保険者の現住所	〒 123 - 4567 電話(03 - 1234 - 5678) 東京都渋谷区恵比寿1-XX-X		
	事業所の名称	SUBARU工業株式会社		
	受信者の氏名	続柄	生年月日	年齢
	健保 花子	配偶者	昭和 平成 令和 49年 12月 24日	46 才
	健診医療機関の 名称	芙蓉総合病院 健診センター		
	住所	〒 123 - 4444 電話(03 - 1111 - 2222) 東京都渋谷区神南1-XX-X		
	健診年月日	支払証明額記入欄		
令和 3年 10月 20日	基本料金	オプション	支払合計(領収証額)	
	[41,000 円]	+ [8,600 円]	= [49,600 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 ✓血压 ✓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(胃カメラ) 健診コース(日帰り人間ドック)			

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

受 取 代 理	請求者	本請求に基づく被保険者が自筆で署名してください。に委任します。 令和 3年 10月 30日 被保険者(請求者)署名(自筆) 健保 太郎
	受取代理人	(〒 123 - 5555) (ゴム印使用) 東京都新宿区西新宿X-X-XX 事業主(会社)記入欄 (本申請書は事業主経由で提出してください)
	代理人の氏名	SUBARU工業株式会社 代表取締役社長 云々 三郎

※振込口座欄は株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	銀行名						
	(ゆうちょ、ネット 銀行は不可です)	銀行番号						
	預金 種別	1:普通 2:当座	口座 番号					
記入しないでください								
(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。