

支給決定決議書	総額	円	決裁年月日	年	月	日
	本人負担	円	常務理事	事務長	担当者	担当者
	健保負担	円				
	支払年月日	令和	年	月	日	

健康保険 主婦検診補助金申請書(被扶養者)

日本製紙健康保険組合 御中

申込年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号	-		被保険者の氏名・印	フカナ		
	被保険者の勤務する事業所	名称					
		所在地					
		所属		電話番号			

受 診 者	氏名	フカナ		続柄	妻		
	生年月日	昭・平	年	月	日 (歳)	電話番号	
	医療機関	名称					
		所在地					
	受診日	月		日 ()	費用総額	円	
	検診項目 (受診項目に○印)	身長・体重・視力・聴力・血圧・尿			胃部X線間接撮影 (35歳以上)		
腹囲 (40歳以上)			ABC健診 (5歳刻み。下一桁が0か5の歳)				
胸部X線間接撮影			便潜血検査 (2回法)				
血液検査			乳がん検診 (マンモ又はエコー)				
心電図 (安静時12誘導)			子宮頸がん検診 (細胞採取)				

振込先 (退職者のみ記載)	銀行	支店	普 ・ 当	口座番号	フカナ 名義
------------------	----	----	-------------	------	-----------

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者住所 (申請者) 氏名					
代理人所在地 (事業主) 名称						

注意事項

- ・健保補助額の上限 35歳未満の配偶者・・・15,000円 35歳以上の配偶者・・・25,000円
- ・必ず領収証(原紙)を添付してください。領収証の内訳には、受けた検診項目が明記されていること。
- ・健康保険の適用となる検査項目または医療行為を受診した場合は、申請対象外。
- ・事業所で実施している主婦健診に参加された方は、申請対象外。
- ・人間ドック、特定健康診査の補助金を申請された方は、申請対象外。
- ・健診案内冊子(ハピルス健診サイト)で受診された方は申請対象外。その中で受診してください。

受付印