

被扶養配偶者健診

### 費用補助申請書

被保険者証 記号 - 番号 □□□□ - □□□□□□	申請者氏名
会社名	被保険者名

費用補助を申請する健康診断名称または検査項目を記入し、該当検査項目の太枠内を全て記入して下さい。

健康診断名称または検査項目		費用補助上限額
	健診日	合計で15,000円まで
	20 年 月 日	
	健診実施機関	
	検査費用	
	円	
	健診日	
	20 年 月 日	
	健診実施機関	
	検査費用	
	円	
	健診日	
	20 年 月 日	
	健診実施機関	
	検査費用	
	円	
合計額	円	

**【注意事項】**

- ・申請書提出時は以下の条件を全て満たした領収書または明細書の原紙を添付して下さい。
- ・条件を満たさない場合や書類不備のため再提出となり、期日までに提出がない場合は費用補助の対象となりません。
- ・添付する領収書または明細書の原紙余白（表面）に保険証番号（5桁）を記入して下さい。
- ・費用補助申請は一括請求して下さい。

**<条件>**

- ・領収書または明細書に「費用補助を申請する健康診断名称や検査項目名称」と「健康診断や検査項目ごとの金額」が記載されている。
- ・領収書宛名に受診者名が記入されている。

被扶養配偶者健診

## 費用補助申請書

被保険者証 記号 - 番号	申請者氏名
0000 - 000000	健保 花子
会社名	被保険者名
日東電工株式会社	健保 太郎

費用補助を申請する健康診断名称または検査項目を記入し、該当検査項目の太枠内を全て記入して下さい。

健康診断名称または検査項目		費用補助上限額
一般健康診断コース (領収書記載のコース名称を 記入)	健診日	合計で15,000円まで
	2024年 10月 20日	
	健診実施機関	
	〇〇医院	
	検査費用 15,000 円	
マンモグラフィ検査	健診日	
	2024年 10月 20日	
	健診実施機関	
	〇〇クリニック	
	検査費用 6,000 円	
子宮細胞診検査	健診日	
	2024年 10月 20日	
	健診実施機関	
	〇〇クリニック	
	検査費用 5,000 円	
合計額	26,000 円	

<本記入例の場合>  
全ての検査項目合計が26,000円  
健保補助：15,000円  
自己負担：11,000円

## 【注意事項】

- 申請書提出時は以下の条件を全て満たした領収書または明細書の原紙を添付して下さい。
- 条件を満たさない場合や書類不備のため再提出となり、期日までに提出がない場合は費用補助の対象となりません。
- 添付する領収書または明細書の原紙余白（表面）に保険証番号（5桁）を記入して下さい。
- 費用補助申請は一括請求してください。

## &lt;条件&gt;

- 領収書または明細書に「費用補助を申請する健康診断名称や検査項目名称」と「健康診断や検査項目ごとの金額」が記載されている。
- 領収書宛名に受診者名が記入されている。