

健康診断立替払申請書

被保険者	保険証記号－番号	101－99999	被保険者氏名	健保 太郎
	所 属	フォーラムエンジニアリング ○○フォーラム		
受診者	受診者氏名	健保 太郎	続 柄	本人(社員)・家族
	現住所・電話番号	〒123-4567 △△市□□1-2-3 ☆☆マンション 311 電話番号 090-1111-☆☆☆☆ (日中連絡可能な番号)		
	生年月日	昭和・平成 60 年 4 月 1 日 (40 歳)		
	受 診 日	令和 7 年 9 月 1 日		
	健診料金	46,000 円		

受領振込口座	被保険者本人の給与の口座を指定してください			
	金融機関名	○△☆ 銀行 □□ 支店(店番号: ▲▲▲)		
	口座番号	普通 1234567		
	フリガナ	ケンポ タロウ		
	口座名義人	健保 太郎		

- ◇ 本申請書に以下の書類を添付し、当健保組合へ直接ご申請ください。
- ① 健診実施機関より発行された領収書(原本)
 - ② 健診結果票の全ページのコピー
 - ③ 標準的な質問票

支給日:毎月 15 日までに当組合で受理した件は、当月 25 日※ に上記振込口座へ支給いたします。
※ 25 日が土日および祝日の場合は、翌営業日とします。

◆ 二次検査(精密検査および再検査)の費用への補助はありません。保険診療でご対応ください。

立替払い補助限度額一覧 年齢は年度末年齢

健 診 種 類		補助限度額(円)	健保使用欄
一般健診	34歳以下 労働安全衛生法に基づく項目が目安	14,000	
成人健診	35歳以上 労働安全衛生法に基づく項目に胃部検査、便潜血検査が目安	33,000	
婦人健診	上記項目に乳房、子宮検査を含めて受けた場合	40,000	
人間ドック	40歳以上 特定健康診査基本項目を含めて実施を	50,000	

*健保使用欄

支給決定額	円
-------	---