

組合 記入 欄	支給 決議	支給補助額					常務理事	事務長	担当者	資格取得年月日	
		万	千	百	拾	壺円				S・H・R	年 月 日
		利用者区分		配偶者・家族							

## 家族健診立替費用請求書

三菱電機ビルソリューションズ健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

下記のとおり健診を実施したので、健康診断の成績表(健診結果票)並びに領収書(証)とともに立替費用を請求します。

※太枠の部分は必ず本人が記入してください。また、未記入欄の無いようにしてください。

被保険者	記号		番号		氏名	
	現住所	〒				
被保険者が勤務している事業所	会社名					
	所在地(所属)	本社・支社	部・支店	課(G)・営業所		
受診者	名前		生年月日	昭・平・令 年 月 日	才	被保険者との続柄
	現住所	〒				
健診実施日		令和 年 月 日 ~ 月 日				
利用健診機関名並びに同所在地				領収書合計額	円	
				健診結果	別紙添付します。	

※1 健康診断の成績表に下記問診項目の記載がない場合、1~4の質問について該当する方に○印でご回答ください。

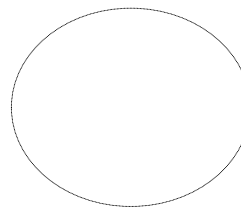
1. 現在、血圧を下げる薬を飲んでますか?	はい・いいえ	3. 現在、コレステロールを下げる薬を飲んでますか?	はい・いいえ
2. 現在、インスリン注射又は、血糖を下げる薬を飲んでますか?	はい・いいえ	4. 現在、たばこを吸っていますか?	はい・いいえ

委任状	私は事業主を代理人と定め、立替費用補助金の受領方を委任します。	
	令和 年 月 日	
	被保険者氏名	

健診機関領収欄	令和 年 月 日	
	(受診者) 殿	
	金額	円
但し、家族健康診断費用として(詳細は添付成績表のとおり)		
健診機関所在地・名称		
㊟		

受付日印

出納日印



(注意事項)

- 補助額は40,000円迄になります。
- 健診機関から領収欄に領収印をもらうか、領収書(証)の原本を添付してください。
- 成績表は、特定健康診査項目の数値が記載されたものも含め、領収書(証)に見合うすべての成績表(写)を添付してください。
- 補助金については事業主経由にて支払われます。また、補助金でご不明な点がございましたらご連絡ください。
- 訂正箇所は二重線で消し、受診者の氏名をサインしてください。
- 黒色のボールペンを使用してください。消せるボールペン(フリクションペン等)は使用不可です。

<R40401>