

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	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。

被保険者	記号	99	番号		氏名	
	現住所	〒				
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(証)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	(注意事項) 1. 補助額は40,000円迄になります。 2. 領収書(証)は受診者の名前で原本を必ず添付してください。 3. 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)数値記載されているのものを添付してください。
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	
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	
4. 現在、たばこを吸っていますか?	はい・いいえ	

受付日印

出納日印

任意継続被保険者の方の家族健診の受診の方法は2通りあります。

①「委託機関を經由し健診実施機関で受診する方法」

→ 毎年4月下旬~5月上旬ごろに「利用申込案内書」が自宅に届きます。申込期間は5月末日までの締切厳守になります。

①の方法で申し込みが出来なかったときは②をご利用ください。

②「受診者自らが健診実施機関に予約したうえ受診する方法」

→ 受診期間は、必ず12月末日までに受診。(補助申請は1月でも可)

「特定健康診査項目」は必ず受診する。(受診漏れ等があった場合は補助対象外になります)

この書式は、②の受診方法を以て受診した方が補助を申請する時に使用する書式です。

ただし、①と②の併用での受診は認められませんのでお気を付け下さい。

<R40401>