

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	老円				年	月	日			
										利用者区分					
										被保険者					

本人払

人間ドック・脳ドック 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		フリガナ	
	番号		(被保険者) 受診者氏名	
	現住所			
被保険者が 勤務している 事業所	会社名			
		本社・支社	部・支店	課(G)・営業所
健診実施日	令和 年 月 日 ~ 月 日			
利用健診機関名			領収書合計額	円
上記所在地			健診結果	別紙添付します。

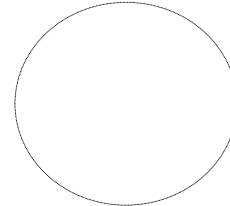
健診 機関 領収 欄	令和 年 月 日		
	(受診者)	殿	
	金額	円	
但し、人間ドック・脳ドック健康診断費用として(詳細は添付成績表のとおり)			
健診機関 所在地・名称			
(印)			

人間ドック立替費用補助金内訳		脳ドック立替費用内訳	
①受診費用	円	①受診費用	円
②受診費用×0.7(端数切捨)	円	②受診費用×0.7(端数切捨)	円
③会社負担額	14,000円	健保補助額(30,000円限度)	円
④②-③	円		
健保補助額(30,000円限度)	円		

(注意事項)

1. 標題の人間ドック・脳ドックのいずれかに○をしてください。
2. 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。
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)を添付してください。
4. 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。
5. 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。
6. 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。

受付日付



出納日付



<R40401>