

本人払

記入例	記入欄	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			
記入不要										
用者区分										
被保険者										

どちらかに○を付ける

## 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 4 年 7 月 10 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。

事業主(支社)取りまとめ部門経由で健保宛提出

※太枠の部分は必ず本人が記入してください。また、本記入欄の黒マスを必ずしてください。

被保険者	記号	123	フリガナ	ケンコウ タロウ	
	番号	45678	(被保険者)受診者氏名	健康 太郎	
	現住所	〇〇県△△市※※1-1-1 %%マンション110号室			
被保険者が勤務している事業所	会社名	〇〇〇〇株式会社			
		×× 本社・支社	△△ 部	支店	課(G)・営業所
健診実施日	令和 4 年 5 月 10 日 ~ 月 日				
利用健診機関名	△△健診クリニック		領収書合計額	XX,XXX 円	
上記所在地	●●県△△市・・・		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

健診機関受領欄を領収証とする場合は領収印は必要です

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
②受診費用×0.7(端数切捨)		事業主(支社)取りまとめ部門記載	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。

注意事項を必ず確認願います

受付日付

出納日付

&lt;R40401&gt;