



(様式4号)

《被扶養者（配偶者以外）専用》

常務理事	事務長	担当者

補助金 支給決定金額	円
---------------	---

被扶養者（配偶者以外） 健診補助金請求書

※補助金請求書提出 年1回

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長殿

健診医療機関で下記健診を受診しましたので、補助金の支給申請をいたします。

----- 以下の空欄を全て記入して下さい -----

記入日：平成 年 月 日

事業所名 [会社名]		部署名	
請求者氏名 [被保険者]		(印)	
保険証	記号	健診受診者 氏名	
	番号		
健診年月日	平成 年 月 日	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 (日 歳)
健診医療機関名 [病院名]			
No.		健診にかかった費用	補助金等
1	健診各種	_____ 円 [※税込み]	対象：40歳以上 上限3,000円の実費

支給要件

- ・受診した健診に、特定健診項目を全て満たしていること
(未実施項目がある場合、補助の対象にはなりません)
- ・特定健診項目は、キューピー・アヲハタ健康保険組合ホームページで確認できます

提出する書類 提出物は次の4点です

1. 請求書：当用紙の空欄に必要事項を記入し、捺印してください
2. 領収書：各健診の料金明細が記載されていること <コピー不可>
3. 結果表：補助金請求を行う健診の結果表 <コピー可>
4. 質問票：キューピー・アヲハタ健康保険組合ホームページよりダウンロード

[健保 使用欄]

○健診各種 ¥ _____ ⇒

<個人情報保護法における利用目的のお知らせ>
 添付していただいた健診結果表は次のように利用します。
 健保組合：受診確認、健診機関への支払業務、健康分析、結果表をデータベース化。