

支 払 決 議 書

支払年月日		常務理事	事務長	担 当	係	
支 払 額	¥					事業所担当者印
支 給 算 式	疾病予防費： ¥	①～③の添付書類をご用意ください。 申請書、添付書類を揃えて提出いただきませんと、 支給手続きできません。				
	一部負担金： ¥					

人間ドック健保負担金申請書(全額立替用)(記入例)

◆◆ 添付書類をご確認の上、チェック欄に✓をつけてください。

添付書類		チェック欄	
全受診者 ※③④は被扶養者(年度末時点で40歳以上)と任意継続者のみ	①領収書(原本)	☐	サイズが小さい場合はA4白地紙に貼り付けてください。
	②受診した人間ドックの費用が掲載されている書類	☐	健診機関のパンフレットまたはホームページのハードコピー等。
	③質問票	☐	当組合専用様式に記入してください。
	④人間ドック結果コピー	☐	数値等が記載されているもの。

※結果のコピー等に不足が見受けられた場合、追加で書類提出を依頼させていただきます。

※脳ドックについては脳ドック健保補助金支払申請書にて別途申請が必要です。

被保険者等記号・番号		000	
事業所名称		〇〇株式会社	
被保険者氏名		健保 太郎	
受診者情報	氏 名	健保 太郎	続柄 本人
	生年月日	昭和・平成 △△ 年 1 月 1 日 生	
	氏 名	健保 花子	続柄 妻
	生年月日	昭和・平成 △△ 年 1 月 1 日 生	
健 診 年 月 日		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
健 診 機 関 名 称		●●病院健康管理	
健 診 料 金		¥ 93,500 (領収書を添付のこと)	
健診料金に含まれる検査項目 ※該当項目に✓をつけてください		☒ 子宮細胞診 ☒ 乳房超音波検査 ☒ マンモグラフィー検査 ☒ 胃カメラ ☐ PSA ☐ CT(腹部・胸部) ☐ その他()	
※健診料金に割引等が適用されている場合、その内容をご記入ください。		例: 昨年度も受診しているため割引された、ドック予約サイト経由の予約のため	
支 払 金 融 機 関	金融機関名	〇〇銀行	
	口座種別	口座番号	00000000 (カタカナ) デンボ タロウ
希望の振込先口座をご記入ください。 ※当組合では給与口座の管理を行っていません。必ず振込先の記入をお願いいたします。		※必ず被保険者名義の口座であること	
被保険者署名		健保 太郎	
住友金属鉱山健康保険組合理事長 殿		5 年 11 月 1 日	