主婦の誕生日健診　健診料補助申請書

☆　この申請書は、当組合よりご案内の「主婦の誕生日健診のお知らせ」により、被扶養者である奥様が指定健診機関以外でご受診され、窓口にて健診料を全額お支払いいただいた場合の申請に使用します。

【申請方法】

健診受診後、窓口にて健診料を一旦全額ご精算いただき、①「主婦の誕生日健診のお知らせ」(原本)、②健診の領収書（コピー可)、③健診結果（コピー可・年度内に４０歳～７４歳に到達する方及び７５歳となる方で、７５歳に達するまでの間の被扶養者である奥様)、の３点の書類をご準備いただき、事業所担当者へ申請依頼をしてください。

※　上記の３点の書類が不足の場合は補助できない場合があります。

※　**健診結果とは**、判定結果ではなく、**特定健診該当項目の具体的数値及び問診表**です。いただいた健診結果は特定健診のデータとして活用させていただきます。また、データ処理後は、当方にて責任を持って破断処理させていただきます。

※　領収書の宛名は、健診を受けられたご本人でお願いいたします。

※　申請期限は受診した日より１年以内です。

【補 助 額】

健診料から、自己負担額 １，０００円＋健診総費用にかかる消費税　を差引いた上限２万円まで補助します。

※　特定健診該当項目のみの受診及び、婦人科検査（乳がん・子宮がん）のみの受診は補助対象外となりますので、特定健診該当項目と婦人科検診を併せてご受診ください。

【申請内容】

被保険者名		**記号・番号**	－
被扶養者名 **（受診者名）**		**誕　生　日** **年　　齢**	年　　月　　日 才

領収書金額　¥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（健保使用欄）**支 給 金 額**　¥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（振込先）＿＿＿＿＿＿**銀行**　＿＿＿＿＿＿**支店**　{普通／当座}　**預金**　**口座№.**＿＿＿＿＿＿

フリガナ

口座名義＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり請求します。

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

西日本プラスチック工業健康保険組合　殿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿