

主婦の誕生日健診 健診料補助申請書



☆ この申請書は、健康保険組合よりご案内の「主婦の誕生日健診のお知らせ」により配偶者の方が、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頂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頂き、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点の書類をご準備頂き、申請してください。

※ 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。頂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。

※ 申請期間は受診した日より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下さい。

【申請内容】

被保険者名		記号・番号	8888 -
被扶養者名 (受診者名)		生年月日 年齢	年 月 日 歳

必ず領収書（コピー可）と、「主婦の誕生日健診のお知らせ」（原本）を添付してください。

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No. _____
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

被保険者氏名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____