2018.4改定

※**満39歳未満**の、被扶養配偶者が対象です。

※満39歳以上の方は、「特定健診」を受診してください。

※**受診者名義の「領収書（原本）」**を添付してください。

※健保記入欄 給付金額		万	千	百	十	円

配偶者健康診断　利用費用補助金請求書

健康保険 被保険者証	**記号**	**番号（右詰めで）**	**被保険者 （請求者）**		㊞
所属事業所			**受診者氏名 及び続柄**		配偶者
検査費用	万　千　百　十　円		**生年月日 及び年齢**	S・H　年　月　日	※年齢注意 才
前回受診日	年　月　日		**受診年月日**	年　月　日	

上記のとおり補助金の請求がありましたので給付願います。

年　月　日

所属事業所　住　所

事業所名　㊞

◎事業所 記載欄です。

◎任意継続加入者は、所属事業所名の記載と㊞は必要はありません。

（注意事項）

1	対象者	**原則として満39歳未満**の、被扶養者である配偶者とする。 ただし、特定健診案内送付者は、除く。（毎年6月上旬に案内）
2	対象期間	4月から翌年3月受診までとし、1年に1回補助する。
3	請求締切り	年度の最終締切りは、翌年度の4月末とする。 （5月以降は、受付できません。）
4	補助上限額	15，000円を限度。10円単位とし10円未満は切り捨てる。 **市区町村の助成、保険診療は対象外。**
5	添付書類	**受診者名義の、検診種目が表示してある「領収書（原本）」** 検診種目の表示が不明な場合は、HPの写しを添付。
6	提出先	所属事業所（本所または本社の管理部署）を経由して、健保へ提出。 任意継続被保険者は、健保へ直接提出。
7	補助金 支給方法	毎月15日までに健保へ提出された請求を、翌月に所属事業所を経由して支給する。 任意継続加入者へは、健保より直接支給する。

健保受付印