

- ※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

赤字部分を記入・押印してください。

健康保険 被保険者証	記号 ○ ○ × × × × × × ×	番号(右詰め) × × × × × × × ×	被保険者 (請求者) 健保 太郎 (職員の氏名)				
所属事業所			受診者氏名 及び続柄 健保 佳純 (受診された方の氏名)	配偶者			
検査費用	万	千	百	十	円	生年月日 及び年齢 S ・ H 62 年 9 月 7 日	※年齢注意 30 才
前回受診日	年 月 日		受診年月日	30 年 6 月 1 日			
<p>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。</p> <p>30 年 6 月 5 日 ← 所属事業所への提出日を記入</p> <p>所属事業所 住所 事業所名 事業所記入欄 </p> <p>◎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。</p>							

(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