

※ 健 保 欄	支 給 決 定 額	常務理事	事務局長	担当課長	担当者

## 立替払用

# 婦人科検診補助額請求書

● 被保険者 ・ ○ 被扶養者

経済産業関係法人健康保険組合 理事長 殿

被保険者証	記号	1111	番号	2222	利用者の (フリガナ) 氏 名	(フリガナ) ケンボ ハナコ
						健保 花子
生年月日	昭和	62	年	10	月	1 日生 29 歳
受 診 医療機関名	〇〇〇人間ドックセンター					
受 診 日	平成	29	年	9	月	20 日
備 考						

上記のとおり、領収書を添えて補助額 **5,000** 円を請求します。

※補助限度額は5,000円です。

【自ら署名する場合】とは

- 被保険者本人が手書きでフルネームを記載した場合に限ります。
- 第三者による記名、印刷、ゴム印等の場合は、従来通り押印が必要です。

平成 **29** 年 **9** 月 **22** 日

被保険者の氏名 **健保 花子**



※被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。

注1. 次の2つの条件を満たした領収書を添付してください。

- ㊦ 宛名が受診者名であるもの
- ㊧ 受診した婦人科検査名が明記されているもの

※領収書に婦人科検査名の記載の無い場合は、受診を証明できる書類(結果表写等)を添付。

- 補助額は当組合加入時に提出いただいた「保険給付金等振込依頼書」の口座宛に振込みます。
- 補助詳細につきましては、当組合ホームページ(<http://www.tsuken.or.jp>)もしくは勤務先の担当課にてご確認ください。
- 補助額の請求期限は、当該年度の3月25日です。

H29年度用