

(様式第1号)

# 海外人間ドック補助額請求書

H10

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

提出 令和 年 月 日

被保険者証	記号	利用者の氏名		<input type="radio"/> 男
	番号			<input type="radio"/> 女
医療機関名				
医療機関の所在地				
受診日				
要した費用の総額 (現地通貨)	脳検査以外の検査費用		脳検査費用	
委任状	私は _____ を代理人と定め、			
	海外人間ドック補助額の受領方を委任します。			
	被保険者	氏名	(印)	
	受領代理人	住所		
		氏名	(印)	

上記のとおり人間ドックを利用したので、領収書（※①発行者、②支払者、③支払日、④支払額、⑤健康診断の費用であること、の5点が明記された領収書であること。請求書では受付不可。）の原本を添えて補助額を請求します。

※補助限度額は、年度中に健康診断費用1回を対象に、日本円にして総額7万5千円（税込）です。

※日本語以外の領収書には必ず翻訳を付してください。

※被保険者が自らフルネームで署名する場合には、被保険者の押印は不要です。

令和2.4改