日本電子健康保険組合

☆契約健診機関以外で健康診断を受けられる方へ☆

《補助金の請求方法》

1．下記の①申請書　②健診機関の結果票のコピー（健保の結果票）③領収書（原本）をご提出ください。

2．補助金は振込みますので、銀行名、支店名、口座番号、口座名義をご記入ください。
＊申請書が届いてから３か月以内には振込みをいたしますのでご確認ください。

3．補助金限度額（限度額を超えた部分は自己負担）

Ａコース	３２，０００円
Ｂコース	１３，０００円

4．請求期限　　１月末まで

日本電子健康保険組合　行　　年　　月　　日

配偶者健康診断補助金申請書

申 請 者 （受診者）	氏名	コース　Ａ　・　Ｂ
	住所 〒	
保 険 証	記号	番号
社 員 名	氏名	事業所名
振 込 先	銀行　　支店	口座番号
フリガナ 口座名義		
領収書が原本でない場合理由を記入		

＊申請書が届いてから3か月以内には振込みをいたしますのでご確認ください。

～健保記入欄～

健診費用　＿＿＿＿＿＿＿円　　補助金額　＿＿＿＿＿＿＿円