

使用レート：	受付No.		常務理事	事務長	担当
令和 年 月 日 支給決定	支給額				

海外

健康保険 被保険者 被扶養者 定期健康診断支給申請書

【太枠内は必ず記入ください】

本人記入欄	保険証 記号・番号		氏名	(社員番号：)	生年 月日	昭和・平成 年 月 日
	健康診断を受けた病院の	名称				
		国名		所在地		
	健康診断を行った医師の	氏名				
	健康診断を受けた日	令和 年 月 日				
	健康診断に要した通貨の	名称		金額		
	被扶養者が 健康診断を受けたとき	氏名				生年 月日
続柄					月日	年 月 日
委任状欄	上記のとおり申請します。また、事業主を経由して申請することに同意します。 私は上記給付金の受領を下記事業主に委任します。(※必ず署名すること)					
	令和 年 月 日					
	住所 被保険者 氏名 TEL 資生堂健康保健組合理事長殿					

事業主記入欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健康保険組合との間で定められた方法で受けとります。					
	令和 年 月 日					
	受領者		所在地			
			事業所名 事業主名			

注意 (1) 定期健康診断は年1回です。定期健康診断以外の健康診断は対象外です。
(2) 領収書は原本を提出ください。

健康保険組合使用欄

	男	女
35歳以上	43,600	53,500
34歳以下 30歳以上	14,850	28,050
29歳以下		20,350

健保受付日