年　　月　　日

りそな健康保険組合　御中

家族健康診断補助金請求書

所属部店	
被保険者氏名 （自署）	
被保険者 記号・番号	―
連絡先TEL	内線:

下記のとおり家族健康診断を受けましたので、補助金を請求いたします。

記

受診者氏名	(1)	(2)
支払金額	円	円
受診日	年　月　日	年　月　日

【支給条件】

以下の条件をすべて満たすこと。

○　**「領収書（原本）」、「健診結果報告書（写）」（数値が確認できること）が添付されていること。**

【注意事項】

○　**健康保険適用分（3割負担等）、文書料（健康診断結果報告書等）は補助対象外です。**

○　**検査結果の数値が確認できない場合は支給できません。**

○　**補助金の上限は、1人10,000円です。**

○　**請求期限（受診日が属する年度の翌年度末）を経過した場合、補助金は支給できません。**

【健保使用欄】

常務理事	検印	係

支給決定日	
支給決定額	円