

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	印
被保険者証 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