

# 脳検査請求書

※健保組合 決定金額記入欄						
¥						
事業所名 (会社名)		<b>〇〇株式会社</b>				
検診機関名		<b>□□健診センター</b>				
実施年月日		平成 27 年 10 月 1 日 ~ 平成 27 年 10 月 1 日				
受診人数 (請求者人数)		被保険者 被扶養者		1 名 計 1 名		
NO	被保険者証 の記号・番号	被保険者(本人) 被扶養者(家族)	氏名	受診日	請求金額	※健保記入欄 決定金額
1	100 1234	被保険者 被扶養者	富士 太郎	10 月 1 日	¥ 30,000	¥
2		被保険者 被扶養者		月 日	¥	¥
3		被保険者 被扶養者		月 日	¥	¥
4		被保険者 被扶養者		月 日	¥	¥
5		被保険者 被扶養者		月 日	¥	¥
6		被保険者 被扶養者		月 日	¥	¥
7		被保険者 被扶養者		月 日	¥	¥
8		被保険者 被扶養者		月 日	¥	¥
9		被保険者 被扶養者		月 日	¥	¥
10		被保険者 被扶養者		月 日	¥	¥
備考				合計	¥ 30,000	¥
上記の通り補助を申請します。 平成 27 年 11 月 1 日 富士ソフト健康保険組合理事長殿						
		事業所名称		〇〇株式会社		
		事業主氏名		代表取締役 鎌倉 一郎		
委任状	私は <b>富士 太郎</b> を代理人と定め、脳検査受診料の受領方を委任します。					
	事業主		事業所名称		〇〇株式会社	
			事業主氏名		代表取締役 鎌倉 一郎	
	代理人		住所		神奈川県鎌倉市岡本2-13-18	
		氏名		富士 太郎		
希望する金融機関名		預金口座名義(フリガナでご記入ください)		預金口座の種類及び番号		
□□□ 銀行 △△△ 支店		フジ タロウ		普通預金 ( 1234567 ) 当座預金		

会社名を記入してください。  
任意継続の方は『任意継続被保険者』とご記入ください

請求金額欄には消費税抜きの金額をご記入ください。  
支給上限額：30,000円

任意継続の方は  
事業主名称：任意継続被保険者  
事業主氏名：被保険者名

振込を事業主ではなく被保険者にする場合にはこの欄をご記入ください。

(注)  
● 本枠の中をご記入ください。  
● この請求書に検診結果通知書、請求明細書、健康保険組合に領収書(写も可)を添えて提出して下さい。  
● 必ず記号・番号を明記して下さい。  
● 添付資料の検診の結果は、健康保険組合において保存し、必要に応じて、保健指導等に活用しますので、ご了承願います。

富士ソフト健康保険組合