

脳検査請求書

※健保組合 決定金額記入欄

¥

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、領収書(写も可)を添えて下さい。
- 必ず記号・番号を明記して下さい。
- 添付資料の検診の受診結果は、健康保険組合において保存し、必要に応じて提出して下さい。
- 健康保険組合において保存し、必要に応じて提出して下さい。
- 必ず記号・番号を明記して下さい。
- 健康保険組合において保存し、必要に応じて提出して下さい。

事業所名 (会社名)	〇〇株式会社					
検診機関名	□□検診センター					
実施年月日	2024 年 8 月 1 日 ~ 2024 年 8 月 3 日					
受診人数 (請求者人数)	被保険者 1名		被扶養者 1名		計 2名	
NO	被保険者等 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	〇〇〇 123	被保険者	健保 太郎	8月 1 日	¥ 30,000	¥
2	〇〇〇 123	被扶養者	健保 花子	8月 3 日	¥ 30,000	¥
3		被保険者		月 日	¥	¥
4		被扶養者		月 日	¥	¥
5		被保険者		月 日	¥	¥
6		被扶養者		月 日	¥	¥
7		被保険者		月 日	¥	¥
8		被扶養者		月 日	¥	¥
9		被保険者		月 日	¥	¥
10		被扶養者		月 日	¥	¥
備考				合計	¥ 60,000	¥
上記の通り補助を申請します。 2024 年 9 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 健保 太郎 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 健保 太郎					
金融機関名(ゆうちょを除く)	預金口座の種類及び番号		預金口座名義(フリガナでご記入ください)			
☆☆☆ 銀行 △△△ 支店	普通預金 (1234567)		ケンポ タロウ			
ゆうちょ銀行	預金口座名義(フリガナでご記入ください)					
記号:	番号:					

富士ソフト健康保険組合