

## 保健事業費支払依頼書【B.被保険者が申請する補助金】

被保険者立替支払用				
申請事業所名	○○会社 △△事業所		支払合計	58,000 円
支払先情報				
カナ	マルサンカクギンコウ		カナ	バツサンカクシテン
振込先銀行名	●▲銀行		支店名	×▲支店
口座種類	普通・当座	口座番号	123467	
			カナ	マルマルマルマルカイシャ
		口座名義	○○○○会社	
申請する項目に○を記入	補助金項目	金額	健保記入欄	【上限額】
人間ドック	<input checked="" type="radio"/> 人間ドック (40歳以上)	15,000	健保記入欄には記載不要	15,000円/名
	<input checked="" type="radio"/> 人間ドック 初回受診・節目健診 (40歳以上)	30,000	上限額を超える申請はできません	30,000円/名
	<input type="radio"/> 人間ドック (35～39歳)			15,000円/名
	<input type="radio"/> 人間ドック 初回受診 (35～39歳)			30,000円/名
扶養者健診	<input type="radio"/> 被扶養者健診 (40歳以上)			10,000円/名
	<input type="radio"/> 被扶養者健診 (35～39歳)			10,000円/名
オプシヨン	<input checked="" type="radio"/> 乳がん検診	8,000	本人:	4,000円/名
			家族:	4,000円/名
	<input checked="" type="radio"/> 子宮頸がん検診	5,000	本人:	2,500円/名
			家族:	2,500円/名
	<input type="radio"/> インフルエンザ予防接種費用			2,000円/世帯
	<input type="radio"/> 禁煙外来費用補助			10,000円/名 (自己負担費用の半額補助)
合計		58,000	合計金額は自動計算されるので検算に利用下さい	
担当者氏名および連絡先電話番号			受理	
担当者氏名: 総務課 東レ 太郎 TEL: 077-537-0189			健保押印欄	

記入方法などの注意事項を次頁に記載しておりますので、ご確認願います。

## <注 意 事 項>

1. 支払依頼書は「A. 事業所が申請する保健事業費」「B. 被保険者が申請する補助金」の2種類ありますので、いずれかの依頼書を選択ください。  
また、「支払先」単位での作成をお願いします。
2. 支払依頼書の締切(健保到着日)は毎月10日、お支払いは翌月末日払いとなります(土・日・祝日の場合は前日)。
3. 支払依頼書と添付書類などに記載漏れがあった場合は、一旦返却します。  
支払いが遅延する可能性がありますので必ず記載漏れが無いか、確認のうえ、提出いただきますようお願い致します。
4. 支払依頼書には次の書類を添付してください。
  - ① 請求書・領収書 (原本) 立替払い後の請求書に限り、コピー可  
領収書 (原本)
  - ② 支払対象者名簿 (受診者が20名を超過する場合は、EXCELファイルの送付をお願いします。)
5. 人間ドック補助金申請は、事前配布しているリストで年齢・受診履歴を確認のうえ、提出いただきますようお願いいたします。
6. 人間ドックは、初回・節目とそれ以外を分けて、金額を記入してください。