

同年月日	年	月	日	支給年月日	年	月	日	備考
常務理事	事務長	担当	担当	基本料金 (上限)				
				自己負担額 支給金額				

被保険者 健診費支給申請書  
被扶養者

この申請書には健診機関の領収書と健診結果報告書と問診表を添付して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	—	被保険者の 所属・氏名と印	部	課	(印)	
	被保険者の現住所	〒 電話( — — )					
	事業所の名称						
	受診者の氏名	続柄	生年月日	年齢			
		本人・配偶者	昭和 平成	年	月	日	才
	健診医療機関の 名称	〒 電話( — — )					
	所在地						
	健診年月日	支払証明額記入欄					
	平成 年 月 日	基本料金	オプション	支払合計(領収証額)			
		[ 円 ] + [ 円 ] = [ 円 ]					
健診内容 ○ 印	胃レントゲン 胸部レントゲン 血圧 眼底 心電図 検尿 血糖 コレステロール 中性脂肪 貧血 肝機能 乳診 子宮診 問診 オプション( ) 健診コース( )						

受 取 代 理	請求者	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。	平成 年 月 日
	受取代理人	被保険者(請求者)氏名	(印)
	受取代理人	代理人の住所	(〒 — )
	受取代理人	代理人の氏名	(印)

※以下、任意継続被保険者、期間従業員の方等、代理受取をされない方は記入してください。

振 込 口 座	金融機関	銀行名	銀行・信金 信組	店・本店 支店・出張所
		銀行番号	店番号	
	預金 種別	1:普通 2:当座	口座 番号	(フリガナ) 口座名義

<健診受診者のみなさまへ>

本健診の結果は、健康増進・疾病予防を目的として富士重工業健康保険組合において活用させていただきます。  
また、被保険者の方については事業主(勤務先)の定期健康診断時の資料としても活用させていただきますので予めご了承ください。