

平成____年度健康診査実施報告書
費用補助請求書

平成 年 月 日

東日本電線工業健康保険組合 殿

記号・番号 400 -

被保険者氏名 印

下記のとおり 報告
請求 します。

請求金額 金 _____ 円也

	受診者氏名	年齢	金額	法定健診受託料	補助額
生活習慣病健診			円	7,820円	円
一般健診			円	2,880円	円
実施健診機関名					

(振込口座)

銀行名	銀行			本店・支店		
口座番号	普通・当座					
口座名義	フリガナ					

金額欄は健診機関に支払った費用を記入してください。ただし、費用限度額を超える場合は、14,500円若しくは3,600円と記入してください。

法定健診受託料及び補助限度額

	費用限度額	法定健診受託料	補助額
生活習慣病予防健診 (33歳以上)	14,500円	7,820円	6,680円
生活習慣病予防健診 (33歳未満)	14,500円	10,900円	3,600円
一般健診	3,600円	2,880円	720円
33歳以上で一般健診を受診した場合			全額負担

この請求書には、健診機関発行の領収書の写し及び検査結果票を添付してください。