

# 指定医療機関以外で受診するとき

理美けんぽの健診を指定医療機関以外で受診したときは、「健康診査・補助金支給申請書」にてご請求ください。

※健診コースについては、ホームページ「健診コースのご案内」をご覧ください。

## 指定医療機関以外で受診する（した）場合

- 申請書類：「健康診査・補助金支給申請書」（単票）※1医療機関毎に1枚でお申し込みください。
- 請求期限：受診日から2年以内
- 添付書類：「健診の結果表（写）」  
「領収書（写）」

### （事業主へ一括振込の場合の記入例）

事業所記号・事業所名  
をご記入ください。

健康診査・補助金支給申請書

令和4年5月1日 至 令和4年5月31日

実施者数 4名

被保険者 男1名 女1名

被扶養者 男1名 女1名

申請者 株式会社〇〇〇  
代表取締役 健保 一郎  
電話 03-0000-0000

振込先 〇〇〇 銀行 ××× 支店  
口座番号 普通 12345678  
フリガナ カブシキガイシャマルマル タイイロロシマリヤク ケンポ イチロウ  
口座名義人 株式会社〇〇 代表取締役 健保 一郎

健康診査・受診者名簿 [補助金]

事業所記号 1234 事業所名 株式会社 〇〇

保険証の番号	区分	氏名	年齢	性別	実施日	補助金コース名	検査料	支給額	結果交付	備考
1	本人 家族	健保 一郎	40	男	5/1	D1	20,000			
2	本人 家族	健保 花子	38	女	5/1	A2	0,500			
3	本人 家族	健保 太郎	22	男	5/10	A1	3,000			
4	本人 家族	健保 優子	35	女	5/31	B	10,000			
4	本人 家族	"	35	女	5/31	乳がん	5,000			
4	本人 家族	"	35	女	5/31	子宮がん	5,000			

令和4年6月1日

〒123-4567  
住所 東京都中央区日本橋大伝馬町△-△-△  
申請者 株式会社〇〇〇  
代表取締役 健保 一郎  
電話 03-0000-0000

全日本理美容健康保険組合 殿

振込先 〇〇〇 銀行 ××× 支店  
口座番号 普通 12345678  
フリガナ カブシキガイシャマルマル タイイロロシマリヤク ケンポ イチロウ  
口座名義人 株式会社〇〇 代表取締役 健保 一郎

受診期間（1人目～最終）  
をご記入ください。

受診人数をご記入ください。  
なお、1医療機関の受診で複数枚にわたりご記入いただく場合は、総人数をご記入ください。

保険証に記載されている番号をご記入ください。

受診された健診コース・オプション検査（乳がん・子宮がん）をご記入ください。

健診コース・オプション検査（乳がん・子宮がん）の金額（税込）をご記入ください。

補助金の振込先口座をご記入ください。（会社へ一括振込の場合、会社の口座となります）

事業主に依頼して申請する場合は、申請者欄に会社所在地、会社名、代表者名をご記入ください。

領収書を添付できない場合にのみ、医療機関の証明を受けてください。