

健診費用支給決定決議書

理事長		

伺年月日	年 月 日		
支給額			
検査種目	内 訳	査 定	補 助 額 (円)
	円× 人	円	種 目 金額 種 目 金額
	円× 人		1泊ドック 30,000 脳ドック 25,000
	円× 人		日帰ドック 30,000 婦人科 4,000
	円× 人		
合 計		円	

※これより上は記入しないで下さい。

被保険者 → 健康保険組合

各種健診費用交付申請書 (契約外病院用)

種別	内 訳	実施年月日	実施人数		1人当り金額 (消費税抜)	合 計 (消費税抜)
			被保険者	被扶養者		
人間ドック	1泊2日		人	人	円	円
	日帰り		人	人	円	円
脳ドック			人	人	円	円
婦人科検査			人	人	円	円
			人	人	円	円
			人	人	円	円
合 計			人	人		円

上記のとおり実施しましたので、健診費用の交付申請をいたします。

上記交付金の受領方法を事業主が選定する受領代理人に委任します。

年 月 日

アドバンテスト健康保険組合理事長 殿

健保記号番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

注意

領収証&健診受検票&  
健診結果(成績)書  
を添付して下さい。

被保険者氏名: \_\_\_\_\_ 印