

被保険者・被扶養者（配偶者）各種検査費用請求書 <記入例>

受診者氏名	続柄	検査日	検査内容	検査費用
三菱 太郎	本人	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	脳ドック（MRI・MRA検査）	19,900 円
		令和 年 月 日		円
受診医療機関名		〇〇〇〇脳神経外科クリニック		
被保険者の健診費用請求の場合		<input checked="" type="checkbox"/> 上記健診は、会社の定期健康診断ではありません		

【添付資料】

- 受診された検査内容および受診者名が記載された領収書（原本）
 - ※ 領収書に検査内容が記載されていない場合は、検査内容が確認できる明細書または検査結果も添付してください
 - ※ ご提出された領収書等は、返却いたしません

【注意事項】 送付前に申請内容の不備がないか□をしてください

- 補助対象者は、三菱地所健康保険組合に加入の被保険者および被扶養者である配偶者のみです
- 自費で受診された各種検査費用（会社の定期健康診断を除く）のうち、いずれか1つの検査費用について当年度（4月～翌年3月まで）内に1回のみ補助いたします（上限：2万円）
 - ※ 健康保険適用で受診された場合は、補助対象外です
- 人間ドック費用補助および事業主（会社）の定期健康診断との併用は不可です
 - ※ 労働安全衛生法に基づき事業主が実施している定期健康診断の費用は事業主負担となるため、当健保において事業主の定期健康診断に該当すると判断した健診費用は、補助対象外となります
- 費用請求書は、翌年度の4月10日必着にて事業所ご担当者（任継の方は当組合）までご提出ください
 - ※ 期日過ぎた場合は、補助対象外となります

被 保 険 者	事業所 （出向元）	〇〇〇〇株式会社	記号	101
	氏名	三菱 太郎	番号	123456
委 任 状	被保険者 （請求者）	本請求に基づく受領を代理人に委任します。 住所： 〇〇〇県〇〇〇市〇〇〇町〇丁目 1-1 氏名： 三菱 太郎		
	代理人	住所： 東京都千代田区大手町 1-6-1 氏名： 株式会社〇〇〇〇〇〇 XXX XX		

- ※ 代理人欄は事業所事務担当者が記入しますので太枠の欄のみ記入してください
- ※ 任意継続被保険者は代理人欄記入不要です