

- ・添付書類は必ず原紙を提出して下さい。
- ・添付書類は返却できません。（必要な方は事前にコピーをお取りください。）

【「受診券」】 受診された方用
【「ベネフィットワン・ヘルスケアの特定健診」】

オプション健診費用補助申請書

※この申請書は、健康保険組合にご提出ください。（シャープファイナンス株式会社の方は事業主に提出してください。）

個人情報の取扱いについては公表の「個人情報保護基本方針（プライバシーポリシー）」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

・ご記入は、必ずボールペン又はペンでお願いします。訂正の場合は、修正テープ等は使用せずに訂正印をお願いします。

申請日 平成 年 月 日

| 被保険者証（記号・番号） | | 所属名 | |
|------------------|-----------|----------------------|----------------------------|
| 記号 | 番号（氏名コード） | 勤務地 | 会社名・所属・マルチ番号 |
| | | | マルチ番号 - - |
| オプション健診を受診した人の氏名 | | オプション健診を受診した人の生年月日 | 年齢 続柄 |
| | | 昭和 ・ 平成 年 月 日 | 本人 家族：夫・妻・父・母 その他（ ） |
| 特定健診受診の方法 どちらかに○ | | ベネフィットワン・ヘルスケア / 受診券 | |
| 特定健診受診日 | | 平成 年 月 日 | |

【オプション健診について】

| | | |
|----------------|--------------------------------|--|
| 受診機関1 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 受診機関2 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| 受診項目 | 受診項目が選択肢にない場合 その他に記載してください。 | 大腸がん・胃がん・肺がん・乳がん・子宮頸がん・前立腺がん その他（ ） |
| 受診日 | 平成 年 月 日 / 平成 年 月 日 | |
| 健診費用 （税込総額） | 円（領収書の原紙を添付のこと。レシート不可。） | |

※給付金は、給与に振込致します。（任意継続および特例退職の方は指定口座に振込いたします。）

【申請者確認欄】各項目についてご確認いただき、✓をお願いします。

| 項目 | 内容 | ✓ |
|----------|---------------------|---|
| 申請に必要な書類 | ① オプション健診費用補助申請書 | |
| | ② 領収書原本（コピーやレシート不可） | |

被保険者署名・捺印

シャープ健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日 住所 _____

・上記の通り請求します。尚、私の受ける給付金の受領を事業主に委任します。

電話 _____

・医療機関等に保険給付の支給決定に必要な範囲で内容照会を行うことについて同意します。氏名 _____



【健保処理欄】

| | | | |
|--------|-----|-------|-----|
| 支給年月 | 年 月 | 処理NO. | 受付日 |
| 健診費用総額 | 円 | 当年度履歴 | |
| 健保支給額 | 円 | 備考 | |