

- ・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でお願いします。

申請日 平成 31 年 3 月 15 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
200099999		八尾	シャープ健康保険組合 健康づくり推進担当 マルチ番号 8-123-1234
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
健保 花子		昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成	〇〇歳 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 30 年 4 月 4 日	

【オプション健診について】

受診機関1	名称	〇〇レディースクリニック
	所在地	◇◇◇市×××町 2番地
受診機関2	名称	◇◇◇市保健センター
	所在地	◇◇◇市×××町 5番地
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 30 年 4 月 4 日 / 平成 30 年 4 月 9 日	
健診費用 (税込総額)	4,500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 31 年 3 月 15 日 住所 大阪市西田辺町1丁目111

- ・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 06-000-0000

- ・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 太郎



【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	