

健康診断（本人・家族）ポイント利用申請書

デル健康保険組合理事長 殿

健康診断（本人・家族）に対するインセンティブポイント利用について、健診機関の領収書および検査結果表を添付し申請いたします。

年 月 日

|                             |                                                                                       |                                                                                                                                        |                                   |     |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----|
| 被保険者<br>記号-番号               | —                                                                                     | 被保険者<br>氏名                                                                                                                             | フリガナ                              | 男・女 |
| 社員番号                        |                                                                                       | 生年月日                                                                                                                                   | 年 月 日                             |     |
| 被保険者の現住所                    | 〒                                                                                     |                                                                                                                                        |                                   |     |
| 日中連絡が取れる<br>TEL番号           | — —                                                                                   |                                                                                                                                        |                                   |     |
| 事業所及び部課名                    |                                                                                       |                                                                                                                                        |                                   |     |
| 会社の<br>メールアドレス              | @                                                                                     |                                                                                                                                        |                                   |     |
| 健診を受けた者が<br>被扶養者の場合         | 氏名（フリガナ）                                                                              | 続柄                                                                                                                                     | 生年月日                              |     |
|                             | ( )                                                                                   |                                                                                                                                        | 年 月 日                             |     |
| 健診を<br>受けた                  | 医療機関                                                                                  | 名称                                                                                                                                     |                                   |     |
|                             |                                                                                       | 所在地                                                                                                                                    |                                   |     |
|                             | 健診受診年月日                                                                               | 年 月 日                                                                                                                                  |                                   |     |
|                             | 基本健診<br>の種類                                                                           | <input type="checkbox"/> 基本健診 <input type="checkbox"/> 簡易ドック <input type="checkbox"/> 人間ドック（日帰り）<br><input type="checkbox"/> 人間ドック（1泊） |                                   |     |
| 健康診断の際に<br>要した自己負担<br>費用の内訳 | 内訳項目名                                                                                 | 金額（税込）                                                                                                                                 | 利用ポイント数                           |     |
|                             | 記入例）骨密度検査                                                                             | 2,160 円                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 一部ポイント利用 |     |
|                             |                                                                                       | 円                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 全額ポイント利用 |     |
|                             |                                                                                       | 円                                                                                                                                      | ( ) ポイント                          |     |
|                             |                                                                                       | 円                                                                                                                                      |                                   |     |
|                             | 領収書金額合計                                                                               | 円                                                                                                                                      | ポイント分振込決定金額                       | 円   |
|                             |                                                                                       |                                                                                                                                        | ※残ポイント確認後、健保にて記入                  |     |
| 委任状                         | 本申請に基づく請求金の受け取りを事業主に委任します。年 月 日                                                       |                                                                                                                                        |                                   |     |
|                             | 被保険者（申請者）                                                                             |                                                                                                                                        |                                   |     |
| ※退職後の申請のみ                   | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 普通   |                                                                                                                                        |                                   |     |
| 被保険者名義口座                    | <input type="checkbox"/> 信用金庫      No.                                                |                                                                                                                                        |                                   |     |
|                             | <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 当座 |                                                                                                                                        |                                   |     |
|                             | 口座名義（カタカナ）                                                                            |                                                                                                                                        |                                   |     |

【提出先】  
〒100-0004 東京都千代田区大手町一丁目2番1号 OtemachiOneタワー16階 デル健康保険組合 宛

- 【注意事項】
- 必ずこの申請書に①「健診機関の領収書の原本」と②「検査結果表のコピー」を添付のうえ、上記提出先に郵送してください。  
（郵送費は、本人様ご負担となります。また、送付いただきました申請書一式は、返却いたしません。予めご了承下さい。）
  - 費用（領収書）の内訳は、必ずご記入ください
  - 全額をポイント精算するのか、一部のみポイント精算するのかをご指定ください
  - ポイント精算金は、給与合算にてお支払します（退職者は被保険者の金融機関口座に振込み）

|     |
|-----|
| 受付印 |
|     |