

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。
2019年 5月 28日

被保険者 記号-番号	1 - 1234	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健 保 太 郎	男・女
社員番号	123456	生年月日	昭和 47 年 10 月 12 日	
被保険者の現住所	〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 1 - 1 - 1			
日中連絡が取れる TEL番号	03 - 1234 - 5678			
事業所及び部課名	デル株式会社			
会社の メールアドレス	Kenpo_Tarou@Dell.com			
健診を受けた者が 被扶養者の場合	氏名（フリガナ） (ケンポ ヤスコ 健 保 保子)	続 柄 母	生年月日 昭和 23 年 5 月 25 日	
健 診 を 受 け た	医療機関	名称 千駄ヶ谷健診センター 所在地 東京都渋谷区千駄ヶ谷 2 - 2 - 2		
	健診受診年月日	2019 年 5 月 15 日		
	基本健診 の種類	☐ 基本健診 ☒ 簡易ドック ☐ 人間ドック（日帰り） ☐ 人間ドック（1泊）		
	健康診断の際に 要した自己負担 費用の内訳	内訳項目名 記入例）骨密度検査 簡易ドック 骨密度検査 領収書金額合計	金額（税込） 2,100 円 5,250 円 2,000 円 7,250 円	利用ポイント数 ☐ 一部ポイント利用 ☒ 全額ポイント利用 () ポイント ポイント分振込決定金額 ※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。 2019年 5月 28日 被保険者 (申請者) 健 保 太 郎			
※退職後の申請のみ 被保険者名義口座	☐ 銀 行 ☐ 本店 ☐ 普通 ☐ 信用金庫 No. ☐ 信用組合 ☐ 支店 ☐ 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