

## 健保記入欄

受付年月日	年	月	日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
支給決定年月日	年	月	日				
支給決定額				為替レート			
円				=	円 (国名)		
(算定基礎)				(	年	月	日現在)

2024年度 海外用健康診断費用申請書  
(女性社員 婦人科検診受診分)

申請日

2024年

月

日

## 本人記入欄

被保険者証の 記号・番号		氏名 (本人署名)	
生年月日	年	月	日
年齢	歳	/	/
受診機関	名称		
	所在地		
受診内容	当てはまるものに○印	内容	支給上限額 ※年度ごとに上限の見直しあり
		子宮頸部細胞診 (医師直接採取法) ※20歳以上 (2025年3月31日時点)	5,500円
		乳房検査 (視触診+マンモグラフィorエコー) ※30歳以上 (2025年3月31日時点)	6,500円
健康診断費用	通貨 ( )		
上記の通り申請します。以下の口座へ振込ください。 (海外送金できないため、 <u>日本国内の口座を記入ください。</u> )			
	銀行 金庫 組合		店
口座番号	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	
口座名義 (カタカナ)			

## ※注意

- 受診内容(日本語の翻訳が必要)と金額が確認可能な領収書(コピーでも可)を添付の上、申請願います。
- 申請回数は1年に1回です。※受診可能期間は、6月から12月末までです。
- 毎月10日受付締め、当月末払いとなります。※必ず年度内にご提出ください。