

健保記入欄

受付年月日	年	月	<p>海外で働いている女性社員専用用紙です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受診可能期間は、6月から12月末までとなっております。(必ず期限内に受診ください) ・申請する際は、受診内容と金額(日本語の翻訳が必要)が確認可能な領収書(コピーでも可)を必ず添付してください。
支給決定年月日	年	月	
支給決定額			
(算定基礎)			

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)

<p>ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。</p>		申請日	2024年9月1日	
本人記入欄				
記号・番号	1-1111		氏名 (本人署名)	健保 花子
生年月日	1991年5月1日		受診日	
年齢	33歳		2024年7月20日	
受診機関	名称	Hollywood Medical Center Women's Hospital		
	所在地	8901 Sunset Blvd West Hollywood, CA 90069		
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	350		通	被保険者(本人)の日本国内の振込希望機関を記入してください。
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、日本国内の口座を記入ください。)				
大阪	銀行 金庫 組合	大阪支		店
口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	当座	1000000	
口座名義(カタカナ)	ケンポ ハナコ			

※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。