40歳以上　被保険者

書式②

特定健康診査　補助金申請書　（個人）

令和　　年　　月　　日

記号－番号	被保険者名	生年月日
－	㊞	昭和 令和　　年　　月　　日

住所　連絡先
〒　　☎　　（　　）

検診を受けた方の氏名	医療機関の名称	受　診　日
		令和　　年　　月　　日

検　診　項　目		申　請　欄		健保欄　記入しない下さい		
		✔	領収書金額	検査料金	補助金額	健康診断
特定健康診査			円	円	円	
子宮細胞診	医師採取法		円	円	円	
	自己採取法		円	円	円	□　東振協
乳　房　診	超音波診断法		円	円	円	□　基　金
	触診＋超音波診断法		円	円	円	□　その他
	マンモグラフィー		円	円	円	/
	触診＋マンモグラフィー		円	円	円	□　未
合　計			円	円	円	

検査料金額	自己負担金額	健診結果添付	領収書添付	補助金額	備考
円	円	通	通	円	

振込先																										
	銀　行 信用金庫 信用組合								本店 支店					預金種別	普　通 当　座 その他			口座番号								
	口座名義人（**カナ**で記入）																									

※補助金に関する受領を代理人に委任する（被保険者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入ください。

受取代理人の欄		
	被保険者	本請求に基づく補助金に関する受領を代理人に委任します。 令和　　年　　月　　日 住所　〒 氏名　　㊞
	代理人	住所　〒 氏名　　㊞

記号番号はこちらを記入ください！

常務理事	事務長	担当	担当

受付印

トータルビューティー健康保険組合