

40歳未満 被保険者

生活習慣病予防健診 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
—	⑩ 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
生活習慣病予防健診		円	円	円	<input type="checkbox"/> 東振協 <input type="checkbox"/> 基金 <input type="checkbox"/> その他 / <input type="checkbox"/> 未
子宮細胞診	医師採取法	円	円	円	
	自己採取法	円	円	円	
乳房診	超音波診断法	円	円	円	
	触診 + 超音波診断法	円	円	円	
	マンモグラフィー	円	円	円	
	触診 + マンモグラフィー	円	円	円	
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 〒	
	代理人	住所 〒	
		氏名	⑩
		氏名	⑩



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