

40歳以上 被扶養者

特定健康診査 補助金申請書 (個人)

令和 年 月 日

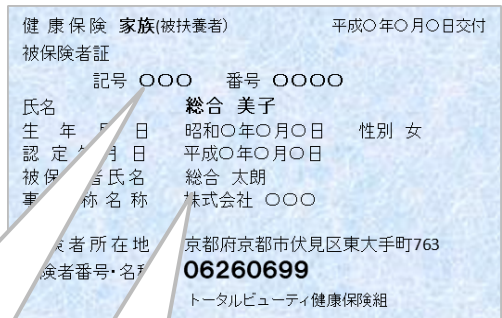
記号-番号	被保険者名	生年月日
—	Ⓜ 昭和 年 月 日	
住所 連絡先		
〒 ☎ ( )		

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
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	円 円 円
	触診 + マンモグラフィ	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 Ⓜ



記号番号はこちらを記入ください

被保険者名こちらを記入ください!

受付印

常務理事	事務長	担当	担当