

40歳以上 被保険者

## 人間ドック 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
—	①	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
人間ドック			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		円	円	円	
	触診 + マンモグラフィ		円	円	円	
合計			円	円	円	
検査料金金額	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 ①
	代理人	住所 〒
		氏名 ①

健康保険 家族(被扶養者) 平成〇年〇月〇日交付  
被保険者証

記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇

氏名 総合 美子  
生年月日 昭和〇年〇月〇日 性別 女  
認定年月日 平成〇年〇月〇日  
被保険者氏名 総合 太郎  
事業名称 株式会社 〇〇〇

保険所在地 京都府京都市伏見区東大手町763  
保険番号・名称 06260699  
トータルビューティ健康保険組

受付印

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