

健診補助金支給申請書(配偶者用)

様式②

※健診に
※特定健

記入例

被保険者等 記号番号	9876 - 54321	受診者(配偶者)名	健保 花子	
実施健診機関	名称	〇〇病院		
	所在地	東京都新宿区△△ □-□-□		
	電話番号	03-XXXXX-XXXXX		
健診費用	生活習慣病 または 人間ドック	バリウム ・ 胃カメラ	健診費用 45,000 円 (特定健診費用 7,700 円)	
	子宮検査		4,400 円	
	乳房	マンモグラフィ		5,500 円
		乳房エコー		円
	〇型肝炎検査			
	前立腺検査			
	脳ドック		27,500 円	
	肺	ヘリカルCT		10,000 円
		喀痰細胞診		円
			令和 ○ 年 5 月 8 日受診	
		令和 ○ 年 5 月 8 日受診		

健診種別、胃部の検査方法など該当する項目を○印で囲む
または、該当しない項目を消して該当する項目だを表示し
補助金額ではなく**健診に要した費用**を記入

上記のとおり実施いたしましたので、領収書(支払済証拠書)に健診結果表(写)・様式④質問票を添えて申請いたします。

〒 100 - 0000

東京都農林漁業団体健康保険組合 御中

住所 東京都新宿区〇〇 X-X △△マンションXXX号

令和 ○ 年 6 月 23 日

被保険者名 **健保 太郎**

日中連絡先 03 - XXXX - XXXX

振込先	金融機関名称	〇〇	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関支店コード	X	X	X	X	-	X	X	X
	口座名義	フリガナ	ケンボ タロウ	種別と口座番号	普通 当座	0	1	2	3	4	5	6
					健保 太郎							

- ※ ① 受診者ごとの健診種別および健診単価も含め、費用のわかる明細書を添付してください。
- ② 健診結果表(写)を被保険者番号番号で明記してください。
- ③ 質問票は **被保険者の口座を記入** せず添付してください。
ただし、脳ドック・肺ドックのみを申請する場合は質問票(様式④)
- ④ 振込先は被保険者名義の口座をご記入ください。
なお、所属事業所へ振込みを希望される方は下記に署名・捺印をしてください。

事業所の口座を指定する場合は
こちらに被保険者の署名が必要

受付印

配偶者健診補助金の受領を勤務先の事業所に委任いたします。

被保険者名

東京都農林漁業団体健康保険組合