

# 健診補助金支給申請書(任意継続者用)

様式③

被保険者等記号番号 999 -

※健診に要した費用をご記入ください。

被 保 険 者	受診者名						
	実施健診機関名						
	生活習慣病・人間ドック	生活・ドック	円	胃部検査：バリウム・胃カメラ 令和 年 月 日受診 特定健診費用 ( 円 )			
		子宮検査	円				
		乳房	マンモグラフィ		円		
			乳房エコー		円		
		C型肝炎検査	円				
		前立腺検査	円				
脳ドック		円	令和 年 月 日受診				
肺	ヘリカル・喀痰	円	令和 年 月 日受診				
配 偶 者	受診者名						
	実施健診機関名						
	生活習慣病・人間ドック	生活・ドック	円	胃部検査：バリウム・胃カメラ 令和 年 月 日受診 特定健診費用 ( 円 )			
		子宮検査	円				
		乳房	マンモグラフィ		円		
			乳房エコー		円		
		C型肝炎検査	円				
		前立腺検査	円				
脳ドック		円	令和 年 月 日受診				
肺	ヘリカル・喀痰	円	令和 年 月 日受診				

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。

〒 -

東京都農林漁業団体健康保険組合 御中

住 所

令和 年 月 日

被保険者名

日中連絡先

振 込 先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード	-					
	口座名義	支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通当座					
	フリガナ								

- ※ 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)には被保険者等記号番号を明記してください。
- ③ 質問票は健保組合指定の書式「様式④」を必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)の添付は不要です。
- ④ 振込先は被保険者名義の口座をご記入ください。  
なお、以前所属していた事業所へお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。

受付印

健診補助金の受領を前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

⑤ 令和7年度分の補助金申請期限日：令和8年4月30日(木) 健保組合必着分まで

R7.4