

# 健診補助金支給申請書(被保険者用)

※受診健診機関ごとに作成し、健診に要した費用をご記入ください。

被保険者等記号									
実施健診機関									
名称		所在都道府県	都道府県	電話番号	-	-			
被保険者等番号	受診者名	実施日	基本健診	子宮	乳房	C型肝炎	前立腺	脳ドック	肺ドック
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰

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⑩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

事業所名

令和 年 月 日

事業所担当者

担当者連絡先

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 振込先は事業所でまとめてください。
- ② なお、個人で請求をせざるを得ない場合には、被保険者名義の口座をご記入ください。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 質問票は健保組合指定の書式「様式⑩」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⑩)の添付は不要です。
- ⑥ 令和6年度分の補助金申請期限日：令和7年4月30日(水) 健保組合必着分まで

受付印