

# 健診補助金支給申請書(配偶者用)

様式⑧

※健診に要した費用をご記入ください。  
 ※特定健診費用をご記入ください。

被保険者等 記号番号	—		受診者(配偶者)名		
実施健診機関	名称				
	所在地				
	電話番号				
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	円	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			
		乳房エコー			円
		C型肝炎検査			円
		前立腺検査			円
		脳ドック			円
肺	ヘリカルCT			円	令和 年 月 日受診
	喀痰細胞診			円	

上記のとおり実施いたしましたので、領収書(支払済証紙)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

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。
- 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。

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

⑤ 令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

R6.11