

健診補助金支給申請書(任意継続者用)

様式⑨

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		
		子宮検査	円	令和 年 月 日受診		
		乳房	マンモグラフィ	円	特定健診費用 (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 (補助あり ・ 補助なし)			
肺	ヘリカル・喀痰	円	令和 年 月 日受診			

受診者名						
実施健診機関名						
配 偶 者	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		
		子宮検査	円	令和 年 月 日受診		
		乳房	マンモグラフィ	円	特定健診費用 (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 (補助あり ・ 補助なし)			
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(支払済証紙書)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 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、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