

健診補助金支給申請書(配偶者用)

様式⑧

※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 太郎				
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 - ×××× - ××××						
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)	令和 ○ 年 5 月 8 日受診					
	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		
	C型肝炎検査	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				令和 ○ 年 5 月 8 日受診 (補助あり ・ 補助なし)		
	前立腺検査							
	脳ドック	27,500 円				令和 ○ 年 5 月 8 日受診		
	肺	ヘリカルCT						
		喀痰細胞診				円	令和 ○ 年 5 月 8 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)に健診結果表(写) 様式⑩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 ×-× △△マンション×××号

令和 ○ 年 6 月 23 日

被保険者名 健保 太郎

日中連絡先 03 - ×××× - ××××

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	×	×	×	×	-	×	×	×
	口座名義	フリガナ	ケンポ タロウ 健保 太郎	種別と 口座番号	普通 当座	0	1	2	3	4	5	6

※ 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。

受付印

② 健診結果表(写)を添付し、被保険者番号を明記してください。

③ 質問票は被保険者の口座を記入し、必ず添付してください。

被保険者の口座を記入

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)

④ 振込先は被保険者名義の口座をご記入ください。

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

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。

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

R6.11