

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 - 9999	※健診	記入例
受診者名	健保 太郎		
実施健診機関名	〇〇病院		
生活習慣	生活・ドック 45,000 円	胃部検査：バリウム・胃カメラ	〇 年 5 月 9 日受診
子宮検査			
被保険者	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けを表示する		
間ドック	C型肝炎検査 2,000 円	特定健診費用 (7,700 円)	〇 年 5 月 9 日受診
ク	前立腺検査 3,300 円		
	脳ドック 27,500 円	令和 〇 年 5 月 9 日受診 (補助あり ・ 補助なし)	〇 年 5 月 9 日受診
肺	ヘリカル・喀痰 10,000 円	令和 〇 年 5 月 9 日受診	
受診者名	健保 花子		
実施健診機関名	〇〇病院		
生活習慣病・人間ドック	ドック 42,000 円	胃部検査：バリウム	令和 〇 年 5 月 9 日受診
子宮検査	4,400 円		
乳房	マンモグラフィ 5,500 円	特定健診費用 (7,700 円)	令和 〇 年 5 月 9 日受診
乳房エコー			
被保険者	補助金額ではなく健診に要した費用を記入		
ク	前立腺検査		令和 〇 年 5 月 9 日受診
	脳ドック 27,500 円	令和 〇 年 5 月 9 日受診 (補助あり)	
肺	ヘリカル・喀痰		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 〇 年 6 月 24 日 被保険者名 健保 太郎
日中連絡先 090 - ×××× - ××××

振込先	金融機関名称	〇〇	銀行	信金	信組	金融機関・	× × × × - × × × ×	種別と口座番号	普通 0 1 2 3 4 5 6
		〇〇	農協	漁協	信連	支店コード			
	フリガナ		支店	本店	出張所	口座番号			
	口座名義		支所	本所					
			ケンボ タロウ 健保 太郎						

※ 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)には被保険者等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を添付しなくても可です。
- 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・捺印してください。

退職前に勤務されていた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
被保険者の口座を指定する場合は記入不要

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