

# 健診補助金支給申請書(配偶者用)

様式②

※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	令和 ○ 年 5 月 8 日受診
		乳房エコー	円	
	C型肝炎検査			
	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	10,000 円	令和 ○ 年 5 月 8 日受診
喀痰細胞診		円		

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し  
補助金額ではなく**健診に要した費用**を記入

上記のとおり実施いたしましたので、領収書(支払済証)に健診結果表(写)様式④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 農協	信金 漁協	信組 信連	信漁連	金融機関・支店コード	×	×	×	×	-	×	×	×	
	口座名義	フリガナ	支店 支所	本店 本所	出張所		種別と口座番号	普通 当座	0	1	2	3	4	5	6	
			ケンポ 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** せず添付してください。

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

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。

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

R8.4