健診補助金支給申請書（任意継続者用）

様式③

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 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	円		
		乳房 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	
	肺	ヘリカル・喀痰	円	令和　　年　　月　　日受診	
配偶者	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 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	円		
		乳房 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	
	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（支払済証拠書）に健診結果表（写）・様式④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					－					
			支店・本店・出張所 支所・本所・	種別と口座番号	普通 当座									
	口座名義	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④」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④）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。

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

受付印

東京都農林漁業団体健康保険組合

⑤ 令和8年度分の補助金申請期限日：**令和9年4月30日（金）**健保組合必着分まで

R8.4