

健診補助金支給申請書(任意継続者用)

様式③

記入例

被保険者等記号番号		999	-	9999	※健診		
被 保 険 者	受診者名		健保 太郎			健診種別、胃部の検査方法など該当する項目を○印で囲む	
	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		
		子宮検査		円	〇 年 5 月 9 日受診		
	間 ド ク	C型肝炎検査	2,000	円	特定健診費用 (7,700 円)		
		前立腺検査	3,300	円	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		
		肺 へリカル・喀痰	10,000	円	令和 〇 年 5 月 9 日受診		
	配 属 者	受診者名		健保 花子			補助金額ではなく健診に要した費用を記入
		実施健診機関名		〇〇病院			
生活 習 慣 病 ・ 人 間		ドック	42,000	円	胃部検査：バリウム		
		子宮検査	4,400	円	令和 〇 年 5 月 9 日受診		
乳房		マンモグラフィ	5,500	円	特定健診費用 (7,700 円)		
		乳房エコー		円	〇 年 5 月 9 日受診		
ク		前立腺検査		円	令和 〇 年 5 月 9 日受診		
肺	へリカル・喀痰	27,500	円	令和 〇 年 5 月 9 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。

〒 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・ 支店コード	×	×	×	×	-	×	×	×
		〇〇	農協	漁協	信連	信漁連	種別と 口座番号	普通	0	1	2	3	4	5
口座名義	フリガナ 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。
- 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。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

⑤ 令和〇年度分の補助金申請期限日：令和〇年4月30日(〇)健保組合必着分まで