

健康診査等利用報告並びに補助金請求書

(個人用)

下記のとおり、健康診査等の実施をしましたので、健診機関の利用料金領収書(写)及び利用目的同意のうえ健診結果(写)を添えて補助金を請求いたします。

なお、請求金額は、さきに届出済の保険給付金及び補助金等銀行振込依頼書の口座名義人に振込願います。

記号・番号	—			フリガナ 被 保 険 者 氏 名		
利 用 者 区 分	被保険者・被扶養者			フリガナ 被 扶 養 者 氏 名		
性 別	男・女	年齢	歳	生年月日	昭 平	年 月 日
健 診 種 別 (該当する種別に○をつけてください)					補 助 金 限 度 額	
1. 契約外短期人間ドック		A. 1泊2日ドック			30,000円	
		B. 日帰りドック			15,000円	
2. 生活習慣病健診					5,000円	
3. 婦人科健診					3,000円	
4. 胃部検診					2,000円	
5. 脳ドック(脳検査)					10,000円	
請求金額					円	
※支払額が補助金限度額に満たない場合はその支払額						
利 用 健診機関名				利用日	自	年 月 日
					至	年 月 日
備 考						

年 月 日

事業所記号 ()

事業所名称

事業主氏名

(注) ① 健診種別ごとに本書を作成してください。

- ② 必須検査項目を受診されていない場合には、補助金を支給できない場合があります。
- ③ 添付されました健診結果(写)は、健康診査事業以外の目的には利用いたしません。
- ④ 脳ドック(脳検査)の請求には、特定健診項目を含む健診結果もあわせて添付してください。