

健康診査等利用報告並びに補助金請求書 (任継用)

下記のとおり、健康診査等の利用をしましたので、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、別添の補助金振込依頼書の口座名義人に振込願います。

記号・番号	999 —			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
住所	〒 _____ TEL _____ () _____				
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(1日)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 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
備考					

令和 年 月 日

- (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。

補助金振込依頼書

請求の（人間ドック・生活習慣病健診・婦人科健診・胃部検診・脳ドック（脳検査））
実施補助金については、下記口座へ振込願います。

記

(ふりがな) _____

口座名義人 _____

銀行名 _____ 銀行 _____ 支店 _____
信用金庫 _____ 出張所 _____
(いずれかに○してください)

口座番号 _____

預金種別 普通預金 その他 (_____)

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記号 _____ 番号 _____

請求者 住所 _____
氏名 _____

(注) 請求者と口座名義人が相違する場合は、別に委任状が必要です。