

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)及び利用目的に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口座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			フリガナ 被 扶 養 者 氏 名	
性 別		年 齢	歳	生 年 月 日	年 月 日
健 診 種 別 (該当する□に✓をしてください)					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		<input type="checkbox"/>	30,000円
		B. 日帰りドック		<input type="checkbox"/>	15,000円
2. 生 活 習 慣 病 健 診				<input type="checkbox"/>	5,000円
3. 婦 人 科 健 診				<input type="checkbox"/>	3,000円
4. 胃 部 検 診				<input type="checkbox"/>	2,000円
5. 脳 ド ッ ク (脳検査)				<input type="checkbox"/>	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

事業所記号 ()

事業所名称

事業主名

(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併せて添付してください。