

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、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 分 区	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者			フリガナ 被 扶 養 者 氏 名	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
住 所	〒 _____ TEL ( ) _____				
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

(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。

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

(フリガナ)

-----

口座名義人

\_\_\_\_\_

銀行名

銀行  
信用金庫

支店  
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 999 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。