

健診補助金支給申請書(配偶者用)

様式⑧

※健診に要した費用をご記入ください。
 ※特定健診費用をご記入ください。

保険証の記号番号	—		受診者(配偶者)名		
実施健診機関	名称				
	所在地				
	電話番号				
健診費用	生活習慣病 または 人間ドック		バリウム ・ 胃カメラ 健診費用 円 (特定健診費用 円)	令和 年 月 日受診	
	子宮検査		円		
	乳房	マンモグラフィ	円		
		乳房エコー	円		
	前立腺検査		円		
	C型肝炎検査		円		
	脳ドック		円	令和 年 月 日受診 (補助あり ・ 補助なし)	
	肺	ヘリカルCT	円	令和 年 月 日受診	
喀痰細胞診		円			

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⑩質問票を添えて申請いたします。

〒 —

東京都農林漁業団体健康保険組合 御中

住 所

令和 年 月 日

被保険者名



※自署の場合は押印不要

日中連絡先

振込先	金融機関名称	銀行 ・ 信金 ・ 信組 農協 ・ 漁協 ・ 信連 ・ 信漁連	金融機関・支店コード										
	口座名義	支店 ・ 本店 ・ 出張所 支所 ・ 本所	種別と口座番号	普通当座									
		フリガナ											

- ※ 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)には保険証の記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⑩」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(様式⑩)の添付は不要です。
- ④ 振込先は被保険者名義の口座をご記入ください。
なお、所属事業所へ振込みを希望される方は下記に署名・捺印をしてください。

受付印

配偶者健診補助金の受領を勤務先の事業所に委任いたします。

被保険者名



※自署の場合は押印不要

東京都農林漁業団体健康保険組合

⑤ 令和3年度分の補助金申請期限日: 令和4年4月28日(木)健保組合必着分まで

R3.2