

健診補助金支給申請書(任意継続者用)

様式⑨

保険証記号番号		999 -		※健診に要した費用をご記入ください。						
被 保 険 者	受診者名									
	実施健診機関名									
	生活習慣病・人間ドック	生活・ドック	円	胃部検査：バリウム・胃カメラ						
		子宮検査	円	令和 年 月 日受診						
		乳房	マンモグラフィ	円	特定健診費用 (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・喀痰	円	令和 年 月 日受診							
配 偶 者	受診者名									
	実施健診機関名									
	生活習慣病・人間ドック	生活・ドック	円	胃部検査：バリウム・胃カメラ						
		子宮検査	円	令和 年 月 日受診						
		乳房	マンモグラフィ	円	特定健診費用 (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・喀痰	円	令和 年 月 日受診							

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。
- 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

受付印