

# 健診補助金支給申請書(配偶者用)

様式⑧

※健診に  
※特定健

**記入例**

保険証の記号番号	9876 - 54321		受診者(配偶者)名	健休 花子		
実施健診機関	名称	〇〇病院				
	所在地	東京都新宿区△△ □-□-□				
	電話番号	03-XXXXX-XXXXX				
健診費用	生活習慣病 または <b>人間ドック</b>	バリウム ・ <b>胃カメラ</b>	健診費用 45,000 円 (特定健診費用 7,700 円)	令和 5 年 5 月 8 日受診		
	子宮検査		4,400 円			
	乳房	マンモグラフィ				5,500 円
		乳房エコー		円		
	C型肝炎検査	健診種別、胃部の検査方法など該当する項目を○印で囲む または、該当しない項目を消して該当する項目だけを表示し 補助金額ではなく <b>健診に要した費用</b> を記入			令和 5 年 5 月 8 日受診 ( <b>補助あり</b> ・ 補助なし )	
	前立腺検査					
		脳ドック		27,500 円	令和 5 年 5 月 8 日受診	
肺	ヘリカルCT		10,000 円	令和 5 年 5 月 8 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。

〒 100 - 0000

東京都農林漁業団体健康保険組合 御中

住所 東京都新宿区〇〇 X-X △△マンションXXXX号

令和 5 年 6 月 23 日

被保険者名 **健保 太郎**

日中連絡先 03 - XXXXX - XXXXX

振込先	金融機関名称	〇〇	銀行 農協	信金 漁協	信組 信連	金融機関・支店コード	X	X	X	X	-	X	X	X
	口座名義	フリガナ	支店 支所	本店 本所	出張所	種別と口座番号	<b>普通</b>	0	1	2	3	4	5	6
			ケンボ タロウ				<b>健保 太郎</b>							

※ 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。

受付印

② 健診結果表(写)・保険証の記号番号を明記してください。

③ 質問票は **被保険者の口座を記入** 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)を

④ 振込先は被保険者名義の口座をご記入ください。

事業所の口座を指定する場合は  
こちらに被保険者の署名が必要不要

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。

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

東京都農林漁業団体健康保険組合

⑤ 令和5年度分の補助金申請期限日: 令和6年4月30日(火)健保組合必着分まで

R5.2