

# 健診補助金支給申請書(被保険者用)

様式⑦

事業所記号	9876		任意継続者は様式⑨をご使用ください。				記入例			
名称	〇〇病院		所在都道府県	東京	都道府県	電話番号	03 - ×××× - ××××			
番号	受診者名	実施日	基本健診	子宮	乳房	C型肝炎	前立腺	脳ドック	肺ドック	
54321	健保太郎	R5.5.9	生活・ドック バリウム・カメラ 42,000		マンモ・エコー		2,200	3,300	補助有・補助無 CT・喀痰 27,500	10,000
54322	農林花子	R5.5.26	生活・ドック バリウム・カメラ 45,000	4,400	マンモ・エコー 5,500			補助有・補助無 27,500	CT・喀痰	
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰	
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰	
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰	
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰	
			生活・ドック バリウム・カメラ		マンモ・エコー			補助有・補助無	CT・喀痰	

補助金額ではなく健診に要した費用を記入

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する

上記のとおり実施いたしましたので、領収書(支払済証紙)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

事業所名

株式会社 ○○○○

令和 5 年 6 月 23 日

事業所担当者

☆☆ ☆☆

担当者連絡先

03 - ×××× - ××××

振込先	金融機関名称	〇〇	銀行	信金	信組	金融機関・支店コード	×	×	×	×	-	×	×	×
	口座名義	フリガナ	農協	漁協	信連	種別と口座番号	普通	0	1	2	3	4	5	6
			支店	本店	出張所									
			支所	本所										

株式会社 ○○○○

※ ① 振込先は事業所でまとめてください。

受付印

事業所または被保険者の口座を記入

被保険者名義の口座をご記入ください。  
費用のわかる明細書を添付してください。

- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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