

# 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				
		C型肝炎検査	円					
前立腺検査		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					

受診者名							
実施健診機関名							
配 偶 者	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				
	C型肝炎検査	円					
	前立腺検査	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

日中連絡先

振 込 先	金融機関 名称	銀行・信金・信組	金融機関・								
		農協・漁協・信連・信漁連	支店コード								
	支店・本店・出張所	種別と	普通								
	口座名義	支所・本所	口座番号	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、以前所属していた事業所へお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

健診補助金の受領を前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