様式⑦

健診補助金支給申請書（被保険者用）

事業所記号	

※受診健診機関ごとに作成し、健診に要した費用をご記入ください。

実施健診機関					
名称		所在 都道府県	都 道 府 県	電話番号	－ －

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
			生活 ・ ドック ﾊﾞﾘｳﾑ ・ カメラ		マンモ ・ エコー			補助有 ・ 補助無	CT ・ 喀痰
			生活 ・ ドック ﾊﾞﾘｳﾑ ・ カメラ		マンモ ・ エコー			補助有 ・ 補助無	CT ・ 喀痰
			生活 ・ ドック ﾊﾞﾘｳﾑ ・ カメラ		マンモ ・ エコー			補助有 ・ 補助無	CT ・ 喀痰
			生活 ・ ドック ﾊﾞﾘｳﾑ ・ カメラ		マンモ ・ エコー			補助有 ・ 補助無	CT ・ 喀痰
			生活 ・ ドック ﾊﾞﾘｳﾑ ・ カメラ		マンモ ・ エコー			補助有 ・ 補助無	CT ・ 喀痰
			生活 ・ ドック ﾊﾞﾘｳﾑ ・ カメラ		マンモ ・ エコー			補助有 ・ 補助無	CT ・ 喀痰
			生活 ・ ドック ﾊﾞﾘｳﾑ ・ カメラ		マンモ ・ エコー			補助有 ・ 補助無	CT ・ 喀痰
			生活 ・ ドック ﾊﾞﾘｳﾑ ・ カメラ		マンモ ・ エコー			補助有 ・ 補助無	CT ・ 喀痰
			生活 ・ ドック ﾊﾞﾘｳﾑ ・ カメラ		マンモ ・ エコー			補助有 ・ 補助無	CT ・ 喀痰
			生活 ・ ドック ﾊﾞﾘｳﾑ ・ カメラ		マンモ ・ エコー			補助有 ・ 補助無	CT ・ 喀痰

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

事　業　所　名

令和　　年　　月　　日

事業所担当者

担当者連絡先　　－　　－

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					－			
			支店 ・ 本店 ・ 出張所 支所 ・ 本所 ・	種別と口座番号	普通 当座							
	口座名義	フリガナ										

※ ① 振込先は事業所でまとめてください。
② なお、個人で請求をせざるを得ない場合には、被保険者名義の口座をご記入ください。
③ 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。
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6年度分の補助金申請期限日：**令和7年4月30日(水)**健保組合必着分まで

受付印

東京都農林漁業団体健康保険組合
R5.2