

人間ドック・婦人科検診 補助金申請書

特定健康診査・婦人科検診の補助金を下記の通り申請いたします。

※被扶養者の方は、対象外です。

令和 年 月 日

記号 - 番号	被保険者名 (受診者名)	生年月日
-	自署の場合は押印不要 ①	昭和 年 月 日 歳
ご住所 連絡先 (日中につながる電話番号・メールアドレスをご記入ください)		
〒	☎	メールアドレス
住所		

受診した医療機関の名称		健診・検診日		質問 (☑して下さい)	
		令和 年 月 日		ただし、検査結果に記入されている場合は結構です	
健診・検診項目		申請者欄		健保欄	
		✓	領収書金額	補助金額	
人間ドック			円	円	
婦人科 検診	子宮 細胞診	医師採取法	円	円	
		自己採取法	円		
	乳房診	超音波診断法	円	円	
		マンモグラフィー	円		
その他		円	円		
		円			
領収書金額合計		領収書添付	健診結果添付	補助金額合計	
円		通	通	円	
				備考	

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	預金 種別	普通 当座 その他	口座番号														
	口座名義人 (カナで記入)																		

※補助金に関する受領を代理人に委任する (被保険者名義以外の口座に振込を希望される) 場合にのみご記入ください。

受 取 代 理 人 の 欄	被 保 険 者	本請求に基づく補助金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
		住所 〒
		氏名 ①
	代 理 人	住所 〒
		氏名 ①



受付印

ご提出いただくもの

- 検査結果の写し
- 領収書原本

記号番号はこちらを記入ください