

## 人間ドック補助金 請求書（個人）

人間ドック（40歳以上）の補助金を下記の通り請求いたします。

※被扶養者の方は、対象外です。

令和 年 月 日

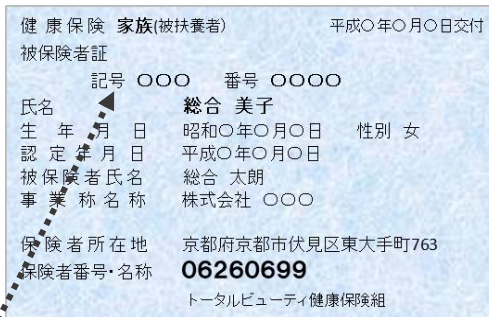
記号 - 番号	被保険者名（受診者名） <small>自署の場合は押印不要</small>	生年月日
-	昭和 年 月 日 歳	
ご住所 連絡先（日中につながる電話番号・メールアドレスをご記入ください）		
〒	☎	メールアドレス
住所		

医療機関の名称		受診日		備考	
		令和 年 月 日			
検査料金額	自己負担金額	補助金額	健診結果添付	領収書添付	
円	円	円	通	通	

振込先	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	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	Ⓜ
代理人	住所	〒
	氏名	Ⓜ



記号番号はこちらを記入ください

質問（☑して下さい）
ただし、検査結果に記入されている場合は結構です
1. 下記の薬を服薬していますか
・血圧を下げる薬
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
・インスリン注射又は血糖を下げる薬
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
・コレステロールを下げる薬
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
2. 現在タバコを吸っていますか
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

ご提出いただくもの
<input type="checkbox"/> 検査結果の写し
<input type="checkbox"/> 領収書原本

受付印