

生活習慣病健診・婦人科検診 補助金申請書

生活習慣病健診・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

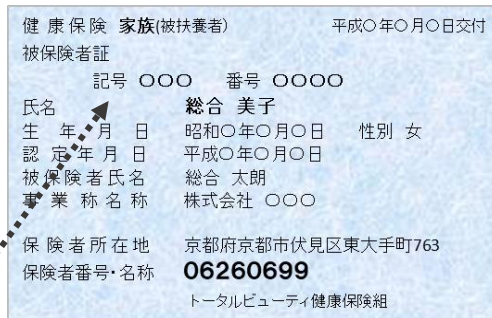
記号 - 番号	被保険者名 (受診者名)	生年月日
-	<small>自署の場合は押印不要</small> 	昭和 年 月 日 歳 平成
ご住所 連絡先 (日中につながる電話番号・メールアドレスをご記入ください)		
〒	☎	メールアドレス
住所		

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	
生活習慣病健診			円	円	1. 下記の薬を服用していますか ・血圧を下げる薬 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
婦人科検診	子宮細胞診	医師採取法	円	円	・インスリン注射又は血糖を下げる薬 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
		自己採取法	円	円	
	乳房診	超音波診断法	円	円	・コレステロールを下げる薬 <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
		マンモグラフィー	円	円	
その他			円	円	2. 現在タバコを吸っていますか <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
領収書金額合計		領収書添付	健診結果添付	補助金額合計	備考
円		通	通	円	

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	
	代理人	住所 〒	
	氏名		



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