40歳未満被保険者

生活習慣病予防健康診査　補助金申請書

添付書類
①領収書（原本）
②明細書（コピー）
③健診結果（コピー）

事業所所在地	
事業所名所	㊞
事業主氏名	
電話	

振込先

	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店	種別	口座番号
				当座 普通	
口座名義人 （カナで記入）					

健診月日	保険証番号	氏名	年齢	コース種別	婦人科検診				補助金額 ※健保使用欄
				A2	子宮頸がん	乳房超音波	乳房マンモ	乳房超音波 乳房マンモ	
4/24	1	山田　花子	35	8,206	3,388			8,030	
/									
/									
/									
/									
/									
/									
/									
/									
/									

注意　　受付印

※コース種別は東振協の項目を基本にしています。**A2(企業健診（労働安全衛生法網羅）)の項目**は問診、身体計測、視力、血圧測定、聴力、検尿、胸部X線、心電図、生化学的検査、血球検査です。
生活習慣病予防健康診査として検査料金上限10,000円の8割分補助、婦人科検診は健康診断を受けた方のみ20,000円まで補助いたします。上記に記載がない検査は補助の対象外です。
※がん検診の補助は対象外です。
※金額はそれぞれ記入必須です。