生活習慣病　補助金申請書（個人）

生活習慣病（40歳未満）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 ㊞	昭和 平成　　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）		
〒　　☎ 住所	ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

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	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 ☐ YES ☐ NO ・ｲﾝｽﾘﾝ注射又は血糖を下げる薬 ☐ YES ☐ NO ・ｺﾚｽﾃﾛｰﾙを下げる薬 ☐ YES ☐ NO 2.現在タバコを吸っていますか ☐ YES ☐ NO

ご提出いただくもの
- ☐ 検査結果の写し
- ☐ 領収書原本

受付印