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（個人）

生活習慣病予防健康診査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）※記入必須です		
〒　　☎　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ 住所		

A2		婦人科検診			
		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
金額					

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　　㊞

ご提出いただくもの

- □ 健診結果のコピー
- □ 領収書原本

注意
※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

受付印