

40歳以上 被保険者  
40歳以上 被扶養者

## 特定健診・婦人科検診 補助金申請書

特定健康診査（40歳以上）・婦人科検診の補助金を下記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

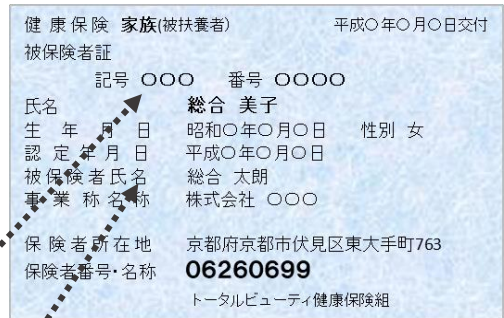
記号-番号	被保険者名
-	自署の場合は押印不要 印
受診者名	生年月日
	昭和 年 月 日 歳
ご住所 連絡先（日中につながる電話番号・メールアドレスをご記入ください）	
〒	メールアドレス
住所	

受診した医療機関の名称		健診・検診日		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	
		令和 年 月 日			
健診・検診項目		申請者欄		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	
		✓	領収書金額		健保欄 補助金額
特定健診（受診券利用の場合は「券」と記入）			円	円	
婦人科検診	子宮細胞診	医師採取法	円	円	
		自己採取法	円	円	
	乳房診	超音波診断法	円	円	
		マンモグラフィー	円	円	
その他		円	円		
		円	円		
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	本店支店	預金種別	普通当座 その他	口座番号													
	信用金庫																	
	信用組合																	
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	印
	代理人	住所 〒
	氏名	印



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

被保険者名はこちらを記入ください