40歳以上　被保険者

特定健診　補助金申請書

添付書類
①領収書（原本）
②明細書（コピー可）
②健診結果（コピー可）

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	健診医療機関名	健診料金	婦人科オプション ☑して下さい				補助金額 ※健保使用欄	備考
						子宮細胞診	乳房超音波	乳房マンモ	その他		
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											

受付印

注意
※特定健診の検査項目（問診等も含む）を受診し報告された場合のみ補助の対象となります。
※特定健診料金は10,000円までが補助金額となります。
※婦人科オプションは、健康診断と同時に申し込みされた場合のみ補助の対象となります。
※婦人科オプションは、婦人科に関する検査を組み合わせて20,000円までが補助の対象となります。その他の検査をされた場合は、備考欄に検査名を記入してください。