

40歳以上 被保険者

40歳以上 被扶養者

特定健診 補助金申請書（個人）

特定健診（40歳以上）の補助金を下記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

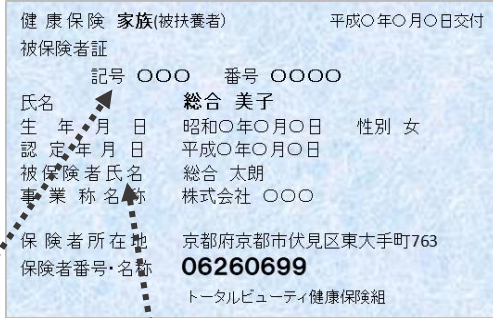
記号-番号	被保険者名
-	自署の場合は押印不要 印
受診者名	生年月日
	昭和 年 月 日 歳
ご住所 連絡先（日中につながる電話番号・メールアドレスをご記入ください）	
〒	☎
住所	メールアドレス

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	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	印
	代理人	住所 氏名 印



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

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