

健康診断組合補助金申請書

被保険者氏名



記 号 ・ 番 号	—
住 所	
受 診 年 月 日	令和 年 月 日
受 診 健 診 機 関	所 在 地
	名 称

受 診 者 氏 名		受 診 者 氏 名	
受 診 項 目	補 助 金 単 価	受 診 項 目	補 助 金 単 価
生活習慣病健診	円	生活習慣病健診	円
一般定期健診	円	一般定期健診	円
前立腺がん検査	円	前立腺がん検査	円
子宮がん検診	円	子宮がん検診	円
乳がん検診	円	乳がん検診	円
小 計	円	小 計	円
支 給 額 合 計		円	

* 受診した項目にチェックを入れてください。
* 太枠内は記入しないでください。

※振込先金融機関

金 融 機 関 名	銀行 信金 農協	支 店 名	支店
当 ・ 普	口 座 番 号	口 座 名	ふりがな

※生活習慣病・一般定期健診ともに規定項目を受診してください。

※健診機関からの請求書・領収書・個人結果票（すべてコピー）
+質問票（40歳以上の生活習慣病健診受診者のみ）を添付してください。

振込通知番号	第 号
--------	-----