

市町村健診補助金支給申請書

健康保険 被保険者証	記号	番号	被保険者氏名 (申請者氏名)	健保 太郎
	10	99999		
事業所名 (会社名)	〇〇〇〇株式会社		内線または外線	611-5105
所 属	地 域	部 署		
	井之口	豊田合成健康保険組合		部 室・課
受診者氏名	健保 花子		被保険者との続柄	妻

※ここでいう“基本健診”とは、受診者が39歳以下の場合『在住市町村が実施する基本健診』を指し、40歳以上の場合『当健保が実施する特定健康診査補助事業』を指します。

「基本健診」申請欄

申請年月日	健診名	受診予定年月日	費 用	健保確認
2019年4月20日	基本健診	2019年5月1日	1,000円	

↓上記、基本健診を受診予定ですので、オプション検診の受診予定も合わせて申請いたします

No.	申請年月日	検診名	受診予定年月日	費 用	健保確認
1	2019年4月20日	大腸がん検診	2019年5月1日	500円	
2	2019年4月20日	子宮頸がん検診	2019年5月8日	1,200円	
3	20 年 月 日		20 年 月 日	円	

下記をご記入の上、『健診結果表(コピー)』と『領収書(原本)』を添付し健保へ送付ください

市町村健診を受診し終えましたので、下記の通り補助金の申請を致します。

2019年 5 月 20 日 被保険者氏名: 健保 太郎



①市町村健診を受診した際に発生した個人負担金(領収書の合計)をご記入ください

請求金額	2	7	0	0	円
------	---	---	---	---	---

②振込口座をご記入ください(ゆうちょ銀行への振込みはできません)

※ 振込口座は、必ず被保険者名義 のものをご記入ください。

三菱東京UFJ 銀行・信金・農協・信組 名古屋営業部 支店

預金種目 普通 口座番号 88888888

その他

フリガナ: ケンボ タロウ

口座名義 健保 太郎

健保記入欄	受付	入力	支払
決定金額: 円			