

※ この欄には記入しないで下さい。

令和      年      月      日

|      |      |     |
|------|------|-----|
| 常務理事 | 総務部長 | 担当者 |
|      |      |     |

下記のとおりに支給してよろしいか。

|            |  |
|------------|--|
| 補助金<br>支給額 |  |
|------------|--|

円

健 診 補 助 金 申 請 書

(該当番号を○で囲んで下さい。)

1.    総 合 健 診
2.    生活習慣病(成人病)健診
3.    人 間 ド ッ ク

|              |                  |                         |                          |                                |  |
|--------------|------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------------|--|
| 事業所<br>担当者の印 |                  | ※健診補助金の支給は事業所への一括支払いです。 |                          |                                |  |
| 事業所名         |                  |                         |                          |                                |  |
| 受診者          | 健康保険<br>記号 - 番号  | -                       |                          | 被保険者・配偶者                       |  |
|              | フリガナ<br>氏      名 | 生年<br>月日                | 昭和・平成<br>年      月      日 | 男・女                            |  |
| 受診日          |                  | 年      月      日         |                          |                                |  |
| 受診施設名        |                  | x m l データ添付不可の場合    理由  |                          |                                |  |
| 支払った金額       |                  | 円                       |                          | x m l データ作成料(費用が発生している場合)<br>円 |  |

(多人数一括の場合は、事業所名で申請し、受診者名簿を添付して下さい。)  
上記のとおり受診したので、領収書(写)及び健診結果(XMLデータ)を添付のうえ、健診補助金の申請をします。

令和      年      月      日

<請求者>  
事業所  
又は  
被保険者氏名 \_\_\_\_\_

◎40歳以上の方 及び 今年度内に40歳を迎えられる方は、下記質問事項にご回答ください。

※データ添付の場合は不要

|     |     |                            |       |        |
|-----|-----|----------------------------|-------|--------|
| 服薬  | 血 圧 | あり・なし                      | 既往歴   | あり・なし  |
|     |     |                            | ありの場合 | 具体的症状: |
|     | 血 糖 | あり・なし                      | 自覚症状  | あり・なし  |
|     |     |                            | ありの場合 | 具体的症状: |
|     | 脂 質 | あり・なし                      | 他覚症状  | あり・なし  |
|     |     |                            | ありの場合 | 具体的症状: |
| 喫 煙 |     | あり・なし・以前は吸っていたが直近1カ月の喫煙はなし |       |        |