

※ この欄には記入しないで下さい。

令和 年 月 日

下記のとおり支給してほしいか。

常務理事	総務部長	担当者

補助金 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 名		任 意 継 続		
受 診 者	記号 - 番号	31-	被保険者 ・ 配偶者	
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
受 診 施 設 名				
受 診 日		年 月 日	支払金額	円

40歳以上 及び 今年度内に40歳になる方は、下記の表をご記入ください。

※あり・なし それぞれ該当に○をつけてください。

服 薬	血 圧	あり ・ なし	既 往 歴	あり ・ なし
			ありの場合 具体的病名	
	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		

補助金振込み先口座を記入ください。※被保険者の口座に限ります。

振込先	銀行	支店	普通・当座	口座番号	
-----	----	----	-------	------	--

(信用金庫、信用組合、農協、ゆうちょへの振込可能です。)

上記のとおり受診したので、領収書写し及び健診結果(全て)写しを添付のうえ、
健診補助金の申請をします。

令和 年 月 日

被 保 険 者 住 所

氏 名

電 話

〒