

契約外健診医療機関 受診補助金交付申請書(任意継続者用)

記入例

被保険者証		自宅住所		昼間連絡がつく電話番号	
記号	番号	〒030-1505 青森県東津軽郡群今別町大川平 ○-○		☎ 090 (xxx) xxxxx	
320	xxxxx				
受診者氏名		健診種目	健診年月日	健診費用	
任 継 太 郎		人間ドック	令和 1 年 7 月 7 日	42,000 円	
受診医療機関名		○ × 健診センター			
任 継 花 子		婦人生活習慣病	令和 1 年 7 月 7 日	28,000 円	
受診医療機関名		○ × 健診センター			

補助金振込先指定口座					
フリガナ	ニンケイ タロウ				
口座名義 (通帳の記載とおりに 記入してください)	任 継 太 郎				
銀行名	○×△ 銀行	金庫	◎◇□	支店	出張所
銀行コード				店番	△ △ △
口座番号	普通当座	NO.	× × × ×	× × × ×	× × × ×

※ご記入の際は、はっきりと誤りのないようお願いいたします。

※被保険者様名義の振込先口座をご記入ください。 ※ 欄は記入しないでください。

《添付書類》

- ① 領収書(原本)
※領収証の返却ご希望の方は、住所・名前等を記入し、必ず、切手を貼った、返信用封筒を添付してください。
- ② 健診結果表(受診医療機関指定書式のコピー ※40歳以上の特定健診該当者はXMLデータも必要)
※各種検査項目の数値が載っているもの。

《ご注意》

- ① 「受診補助金交付申請書」は、領収証発行日から1ヶ月以内に提出してください。

※この申請書に記載された個人情報健康事業の目的以外使用することはありません。

健 保 使 用 欄

健診種目	補助金額
① 生活習慣病	円
② 婦人生活習慣病	円
③ 人間ドック	円
合計	円

受 付 印