

健康診断 ・ 人間ドック 補助金支給申請書

(40歳未満用)

健 保 使 用 欄	支 給 額	実施者数	内 訳		備 考	
	¥ _____	_____ 名	単 価	実施者数		
			¥ _____	×		名
			¥ _____	×		名
			¥ _____	×		名
			¥ _____	×		名
¥ _____			×	名		
実 施 年 月 日			実 施 者 数	合 計		
実 施 医 療 機 関 名			被 保 険 者	男	女	
			被 扶 養 者	男	女	
上記のとおり申請いたします。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住 所 _____ 申 請 者 氏 名 _____ 電 話 [_____] 東京都食品健康保険組合 殿						
振 込 先 金 融 機 関	振 込 先 銀 行	銀 行		支 店		
	普通 ・ 当座	口座番号				
	フリガナ	フリガナ				
	口 座 名 義 人 名					
◎ 指定口座が個人口座の場合、必ずフリガナをご記入ください。						

◎この申請書に記載されている個人情報および添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務（重症化予防・特定保健指導管理事項等）以外の利用はいたしません。

受 付 日 付 印

会 計 課 受 付 日 付 印

会 計 課 支 払 日 付 印

事業所番号

- (注) ・ 申請者が事業主の場合は事業所名・事業所所在地・事業主名を記入してください。
 ・ 申請者が個人の場合、家族の受診分であっても申請者及び口座名義人は被保険者としてください。
 ・ 検査結果・領収書（又は請求書と振込明細書）の写しを必ず添付してください。
 ・ 領収書の金額が二名以上の場合は、内訳書・個人別の検査料を医療機関に記入してもらってください。
 ・ 特定健康診査受診券（セット券）を利用して受診した場合は、補助金の申請はできません。

◎ 問い合わせ先

東京都食品健康保険組合 補助金担当

電話 03-3833-5193

2-1

R4.2

健康診断 ・ 人間ドック 受診者名簿 [補助金] (40歳未満用)

事業所番号

事業所名

※ 太枠 健保使用欄

被保険者 番号	本人家族	氏名	年齢	生年月日	性別	実施日	検査料	支給額	備考
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			

◎この申請書に記載されている個人情報および添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務（重症化予防・特定保健指導管理事項等）以外の利用はいたしません。

実施医療機関証明欄	上記のとおり健康診断 ・ 人間ドック を実施し	
	¥	を領収したことを証明します。
	<hr/>	
	内訳	(単価 ¥ × 実施者数 名) (単価 ¥ × 実施者数 名) (単価 ¥ × 実施者数 名) (消費税 ¥)
	令和 年 月 日	
	医療機関名	
	所在地	
医師名		
⑩		

※ 上記に証明をもらうか又は領収書の写しを添付。